



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
DEL H.G.Z./U.M.F. No. 8. "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

PRESENTA

**DR. GARCÍA RIVERO GENARO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Teléfono: 55506422 ext 28235 Fax 56162789
Correo: unamset@gmail.com

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud.
H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99374232
Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax 56162789
Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar, Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar
H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99377278
Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax 56162789
Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

**DR. MILLÁN HERNÁNDEZ MANUEL
ASESOR CLINICO**

Médico Familiar, Adscrito al Servicio de Urgencias.
H.G.Z. No. 58 "Lic. Manuel Ávila Camacho" Matricula: 98374576
Teléfono: 56232300 Ext 45172
Correo: drmanuelmillan@gmail.com

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud.
H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax 56162789
Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

**CIUDAD DE MÉXICO. ENERO 2017
NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS R-2017-3605-4**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

AUTORES: Dr. García-Rivero Genaro¹, Dr. Espinoza-Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis-Chaparro Eduardo³, Dr. Millán-Hernández Manuel⁴.

1.- Residente de segundo año. Especialización Médica en Medicina Familiar. H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

2.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

3.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar. H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

4.- Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor Adscrito al Servicio de Atención Médica Continuar. H.G.Z. No. 58 “Lic. Manuel Ávila Camacho” Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

OBJETIVO.

Evaluar el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y METODOS.

Tipo de estudio: descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, No comparativo. Criterios de inclusión: Pacientes de la consulta externa del H.G.Z./U.M.F. No. 8 que estaban recibiendo tratamiento. Criterios de exclusión: quienes no firmaron carta de consentimiento informado. Criterios de eliminación: Pacientes que no terminaron el cuestionario. Tamaño de la muestra calculada: 101 pacientes con intervalo de confianza de 95%. Variables: Edad, Antecedentes familiares, Escolaridad, Sexo; se usó la Escala FACT-B.

RESULTADOS:

Se estudió a 104 pacientes con diagnóstico y tratamiento para Cáncer de mama, la media para la edad fue 58.97 años y mediana de 58 años. 78.4% habían sido referidas en etapas avanzadas de Cáncer con BI-RADS de 5, 51% estaban casadas, 51% recibía más de 2 tratamientos, 35.3% presentaban buena calidad de vida estando casadas, 67% de las pacientes católicas tenían buena calidad de vida, en relación con la escolaridad y 22.5% con licenciatura tenían buena calidad de vida, 72.5% de la muestra tenían buena calidad de vida.

CONCLUSIONES:

El cuestionario FACT-B, es un instrumento que nos permitió conocer la calidad de vida, en las pacientes con cáncer de mama, esta varía cada 6 semanas, relacionada además con el estado civil, religión y edad, se recomienda en estudios futuros homogeneizar los grupos, para tener mediciones más fidedignas y estimar los efectos adversos de los tratamientos.

Palabras clave: Cáncer de mama, Calidad de vida, BI-RADS, FACT-B.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA.
DIRECTOR DEL H.G.Z./U.M.F. No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z./U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
H.G.Z./U.M.F. No. 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z./U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z./U.M.F. No 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. No. 58 “LIC. MANUEL ÁVILA CAMACHO”
ASESOR CLINICO DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre, mi familia, maestros y amigos que siempre me tuvieron la paciencia y me dieron su apoyo animándome a seguir adelante.

“Dondequiera que se ama el arte de la medicina, se ama también a la humanidad”. Platón

ÍNDICE

Marco teórico	8
Planteamiento del problema	22
Justificación	23
Objetivos	25
Hipótesis	26
Materiales y métodos	27
Tipo de investigación	28
Diseño de la investigación	29
Población lugar y tiempo	30
Muestra	31
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	32
Variables	33
Diseño estadístico e instrumento de recolección	37
Método de recolección de datos	39
Maniobras para evitar y controlar sesgos	40
Cronograma	41
Recursos materiales y humanos	42
Consideraciones éticas	43
Resultados	44
Discusión	61
Conclusiones	68
Bibliografía	69
Anexos	72

Nivel de calidad de vida, en pacientes con
cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8.
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MARCO TEÓRICO.

EL CÁNCER DE MAMA.

El cáncer es un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades, las cuales se caracterizan por un crecimiento incontrolado y la consecuente propagación de células anormales. Cuando la propagación no es controlada en un periodo temprano, puede causar la muerte. Así mismo este tiene un espectro de subtipos, con distintas características biológicas, que presentan diferentes patrones de respuesta, a las diversas modalidades de tratamiento y así mismo en los resultados clínicos. Es importante aclarar que tumores con presentaciones clínicas y patológicas similares pueden tener un comportamiento completamente distinto^{1,2}.

El Cáncer de Mama por definición es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios que tiene la capacidad de diseminarse³.

Cuenta con una diversa gama de características, patológicas, moleculares y clínicas, las cuales tienen implicaciones terapéuticas y pronósticas. Existen al momento tres marcadores que tienen un valor pronóstico independiente cada uno de ellos: el primero es el receptor a estrógenos (ER), el segundo es el receptor a progesterona (PR), y el último HER-2/neu. ER, que se ha demostrado en 80-90% de los casos, PR en 70-80% de los casos y HER-2/neu en 15-20% de los casos de cáncer lo cual tiene implicaciones para la orientación terapéutica. El estado de los ganglios linfáticos axilares es uno de los mejores factores pronósticos en cuanto a la supervivencia de la enfermedad y la supervivencia global misma. Existe un gran número de estudios recientes, los cuales se han centrado en la subclasificación biológica más detallada, para así mejorar la estadificación del riesgo del paciente, de esta forma asegurar una mayor probabilidad de beneficio y menor toxicidad en determinadas modalidades de tratamiento específicos. Los estudios de expresión génica global, han mostrado que las distintas subclases biológicas, con base en la expresión de genes, lo cual tiene importancia para la supervivencia del paciente. El análisis con nuevas tecnologías moleculares son prometedoras para la creación de pruebas específicas, ya que estas permitirán el desarrollo de predictores de respuesta a la terapia y el comportamiento clínico de las células, así como su potencial uso en el desarrollo de nuevas terapias específicas⁴.

Actualmente se ha publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la agencia internacional para la investigación del cáncer (IARC), la cuarta edición de la clasificación histopatológica del Cáncer de Mama, en la cual se explica que según los últimos datos epidemiológicos, se presentó un cambio en los subtipos, actualmente con menor frecuencia el carcinoma ductal invasivo y aumentando el carcinoma invasivo sin tipo especial que se considera el más frecuente con un 80 %⁵.

GENÉTICA DEL CÁNCER.

Los protooncogenes son genes que regulan la diferenciación y crecimiento celular, sus proteínas se expresan en el ciclo celular y regulan el mismo. Determinados cambios de estos los transforman en oncogenes que contribuyen a la malignización de una estirpe celular. Así mismo en el desarrollo de un proceso cancerígeno como el cáncer de mama, pueden estar implicados otro tipo de genes conocidos como genes supresores de tumores, los cuales ejercen un efecto antiproliferativo deteniendo la división celular. La mutación de estos implica pérdida de función y probable desarrollo de un tumor, siempre y cuando ambos alelos estén afectados. El protooncogén HER2/neu, que se localiza en el brazo largo del cromosoma 17, es clave en el crecimiento y división normal de células epiteliales endodérmicas, este se ha convertido en un marcador oncológico, sobre todo en cáncer de mama. Se ha encontrado aumentada la expresión esta glucoproteína en 20-30% de los cánceres de mama. Se han implicado de igual forma algunos otros genes codificantes de proteínas, que actúan induciendo apoptosis, como una de las subunidades del factor de necrosis tumoral o genes de la familia bcl, de esta forma hay una gran cantidad de moléculas comprometidas en la regulación de la proliferación y crecimiento celular, por lo que su línea de investigación es primordial para este y otros tipos de cáncer en cuanto a su detección y tratamiento oportunos⁶.

EPIDEMIOLOGÍA.

El riesgo de desarrollar cáncer de mama, incrementa exponencialmente con la edad, esto debido a que es una enfermedad en silenciosa, lenta y progresiva, ocasionalmente con escasa sintomatología. El panorama epidemiológico del cáncer hasta 2008 para nuestro país, sitúa a este padecimiento dentro de las primeras tres causas de mortalidad en México⁷.

De acuerdo a las estadísticas del 2006 publicadas en el RHNM (Reporte Histopatológico de Neoplasias Malignas) para cáncer de mama, esta se encuentra como la segunda causa de morbilidad presentando el 12.9%, sólo siendo superado en frecuencia por el cáncer de piel de tipo no melanoma⁸.

Considerándola además la primera causa de mortalidad en mujeres de entre 30-54 años, presentándose en (8.9 x cada 100,000 Habitantes), en comparación con el cáncer cervico-uterino que presentaba un (7.4 x cada 100,000 Habitantes) para el 2008. A nivel internacional, hay evidencia que señala que este tipo de cáncer es curable, con una detección oportuna y un tratamiento adecuado, en Estados Unidos, la sobrevida a 5 años llega a 98%, si se detecta en la etapa 0 y 1⁹.

Los reportes estadísticos muestran que la tasa de mortalidad para cáncer de mama, en nuestro país ha presentado un incremento de (2 x cada 100,000) en 1950, hasta la tasa registrada en 2008, estas cifras plantean dos situaciones, la primer probabilidad aunque no la única es que la mortalidad ha aumentado quizás debido a diversos factores agregados, o en sí que la recopilación estadística de nuestro país ha mejorado, lo cual nos acerca más a una realidad estadística, que nos haría pensar en mejorar por un lado, las políticas públicas y los servicios de prevención con respecto a esta enfermedad, en nuestro país y buscar la mejora de la recopilación sobre este padecimiento a nivel nacional.

En México la incidencia del cáncer de mama, para el año 2009, alcanzo 13.987 casos o (26.1 x cada 100,000), la información actual demuestra que la edad de mayor ocurrencia en México, es 10 años antes que en otros países industrializados, ya que del año 2000-2006, las mujeres de menos de 50 años presentaron 50% de la ocurrencia. A la vista de estas estadísticas, la intervención en el primer nivel de atención, deberá considerar edades más tempranas para realización de intervenciones específicas como: la disminución de peso, la cual se ha correlacionado como un factor de riesgo conocido para el desarrollo de cáncer de mama, ya que un 70% de la población femenina presenta sobrepeso y obesidad¹⁰.

A nivel institucional el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) aporta 40% de las detecciones, seguida de SSA (Secretaria de salud) quien aporta el 26%. En cuanto a la detección de cáncer de mama la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2012 reporto que el 15% de mujeres entre los 40-49 años y 26% de las mujeres entre los 50-69 años, acudieron por lo menos un año antes a la realización de esta encuesta para realización de una mastografía¹¹.

La prevalencia para la región de América latina en 2012, en cuanto a cáncer de mama, calculado a 5 años es de 39.3%, en 2012 para México de 34.3 % y 40.9% en EUA (Estados Unidos de América) para el mismo periodo¹².

FACTORES DE RIESGO.

La NOM-041-SSA2-2011 (Norma Oficial Mexicana) considera como factores de riesgo de tipo biológico: pertenecer al sexo femenino, el envejecimiento, la historia familiar de cáncer de mama en familiares inmediatos (madre, hijas hermanas), hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada o carcinoma lobulillar in situ por biopsia, menarca temprana (antes de los 12 años) y menopausia tardía (después de los 52 años), densidad mamaria, ser portador de los genes BRCA 1 y BRCA2, los iatrogénicos o ambientales: a la exposición a radiaciones ionizantes durante el desarrollo o crecimiento (in útero o en la adolescencia), radioterapia en tórax, y factores asociados a la historia reproductiva: nuligesta o tener su primer embarazo después de los 30 años, la terapia hormonal peri o post-menopausia por más de 5 años: factores asociados al estilo de vida: como dietas ricas en carbohidratos y bajas en fibra, dieta rica en grasas animales y ácidos grasos trans, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol mayor a 15 gramos./día y tabaquismo¹³.

PREVENCIÓN SECUNDARIA Y CRIBADO.

La posibilidad de cambiar la historia natural se ha enfocado completamente en la prevención secundaria, debido a que la mayoría de los factores de riesgo conocidos son no modificables. Además, por su alta morbimortalidad se ha optado por detectar el cáncer de mama en fase preclínica mediante cribado con mastografía, ya que ha mostrado una gran sensibilidad y especificidad esta, así mismo esto conlleva a disminuir la mortalidad y por ende aumentar la calidad de vida de las pacientes¹⁴.

DIAGNÓSTICO.

Como se sabe el cáncer de mama en estadios tempranos no suele causar sintomatología, y cuando se detecta en estas etapas es fruto de los programas de cribado, por la realización de una mastografía o seguimiento de otra enfermedad mamaria. La mayoría de los síntomas mamarios no se relacionan completamente con el cáncer, pero su presencia nos habla de la gran probabilidad de su existencia. Los más comunes son la aparición de un nódulo que antes no existía, cambios en la morfología y tamaño de la mama, retracción o hundimiento del pezón, o lesiones eccematosas, telorrea, adenopatía axilar, entre otros. Actualmente no existen sistemas de prevención primaria, por lo que el cribado es fundamental en la prevención secundaria. Ya en EUA (Estados Unidos de América) la FDA (Food & Drugs Administration), ha aprobado el tamoxifeno y el raloxifeno como medicamentos quimiopreventivos, sin embargo, en Europa debido a su escaso margen de riesgo-beneficio no están aprobados. Los organismos internacionales mencionan la autoexploración como útil para el descenso de la mortalidad. La realización de la mastografía entre los 50-69 años es la más aconsejable, y en el caso de pacientes con factores de riesgo que se encuentren entre los 40-50 años se recomienda individualizar la realización, valorando antecedentes, preferencias de la paciente y balance riesgo-beneficio¹⁵.

Una historia clínica bien realizada y su exploración física deben acompañar siempre a toda prueba diagnóstica, actualmente el diagnóstico de presunción de cáncer de mama se realiza por medio de la mastografía, y otras técnicas de imagen que requieren confirmación histológica. Se considera a la mastografía como el Gold Standard para el diagnóstico de cáncer de mama, esta tiene una doble proyección, cráneo-caudal y medio-lateral oblicua, se utiliza como cribado, para delimitar zonas sospechosas previo a la cirugía, para dirigir biopsias y punciones por estereotaxia, su sensibilidad aumenta en mamas poco densas, puede sugerir cáncer si hallamos agrupaciones de micro-calcificaciones, (heterogéneas, lineales o ramificadas), así como nódulos o masas (espiculados o irregulares) con márgenes poco definidos, retracción entre otras¹⁶.

Con la finalidad de unificar criterios el colegio americano de radiología ha desarrollado el sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System), estableciendo 6 categorías: La categoría 0 habla de una radiografía insuficiente, la categoría 1 es una mamografía negativa a malignidad sin ganglios o calcificaciones, la categoría 2 es una mamografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos, la categoría 3 se refiere a probable benignidad con control en 6 meses y 2.24% de probabilidad de cáncer, la categoría 4 menciona resultado dudoso de malignidad, requiere confirmación histopatológica, se subdivide en A) Baja sospecha de malignidad 3-49%, B) Sospecha intermedia 50-89%, C) Moderada sospecha de malignidad 90-84%, la categoría 5, refiere Alta sospecha de malignidad con más de 95% de probabilidad de malignidad y finalmente la categoría 6 tiene malignidad comprobada mediante biopsia¹⁷.

El ultrasonido (USG) utiliza ondas de alta frecuencia emitidas por un transductor que tras chocar con un tejido rebotan y se captan nuevamente por el transductor y se transforma en imágenes. Tiene una alta capacidad de distinguir entre lesiones quísticas y lesiones sólidas,

Ya que normalmente los nódulos benignos son redondos u ovals, homogéneos de paredes lisas y bien delimitados; por el contrario los malignos son irregulares heterogéneos y lobulados, con presencia de sombra acústica. Al Ultrasonido (USG) se le considera una técnica complementaria a la mastografía, sin embargo, no permite visualizar regiones profundas, y tiene una alta variabilidad inter-operador, se usa para la punción o biopsia de nódulos sospechosos, no produce radiación así que es segura en jóvenes y embarazadas y cuando existen lesiones mamográficas 3 y 4.

Existen así mismo otras técnicas diagnósticas especialmente utilizadas en situaciones especiales como portadoras de mutaciones de los genes BRCA, se prefiere Resonancia Magnética, mamas densas, multicentralidad, bilateralidad, es poco específica y lleva a las biopsias innecesarias. Otras son la galactografía, la punción-aspiración con aguja fina, biopsia por punción con aguja gruesa, biopsia quirúrgica, sobre todo en BI-RADS 4 y 5¹⁸.

TRATAMIENTO.

La cirugía ha evolucionado desde la mastectomía radical (Halsted), hasta tratamientos muy conservadores. El primero fue la elección hasta los 70ts, la misma tenía una recurrencia local del 39% y una supervivencia del 50-60% a 5 años, sin embargo, generaba una gran morbilidad y discapacidad del brazo ipsolateral, así como deformidad en la pared torácica. Otras como la mastectomía simple, consiste en retirar la mama con cáncer, conservando areola y pezón; sin embargo al conservar el pezón hay atrofia o deformación por la poca vascularización, y mayor riesgo de recidiva. Existen otras como la cirugía conservadora parcial o segmentaria (cuadrantectomía o tumorectomía), estas no incluyen la extirpación del músculo o de extensas superficies de piel, con un mejor resultado estético y se elige cuando hay tumores pequeños o cuando son es menores a 2 cm y se realizan con tres opciones: con tumor primario: cirugía conservadora más radioterapia, mastectomía con reconstrucción mamaria y mastectomía sin reconstrucción.

La linfadenectomía axilar es un componente rutinario del tratamiento, ya que impacta mayormente al control de la enfermedad (recurrencia y supervivencia), sin embargo. Tiene efectos secundarios que impactan la calidad de vida de las pacientes como (el linfedema, daño nervioso y disfunción del hombro). Hoy en día existe la cirugía oncoplástica que combina la cirugía del cáncer y técnicas de cirugía plástica para reconstrucción. La cirugía reconstructiva es una opción muy solicitada, se puede realizar de forma inmediata o diferida en semanas, meses o años, con colocación de grasa y piel propias, o implantando una prótesis.

Cuando nos referimos a la quimioterapia, cabe destacar algunas generalidades: el tratamiento local, se refiere al tratamiento de un tumor circunscrito, metastásico o primario como en el caso de la radioterapia y la cirugía. El tratamiento sistémico va encaminado a eliminar células tumorales a distancia o metástasis e incluye la terapia convencional y las dirigidas a tumores HER2/neu+, así como la hormonoterapia.

En el caso de la quimioterapia en adyuvancia es la que se administra tras la cirugía en las que no se detecta enfermedad sistémica, y en neo-adyuvancia en la que se busca reducir el tamaño del tumor para un abordaje quirúrgico. Los regímenes más comunes son, CFM: ciclofosfamida, metrotexato y 5 fluorouracilo, CAF (FAC): ciclofosfamida, doxorubicina o epirubicina y 5 fluorouracilo, CEF (FEC): si se usa epirubicina en lugar de doxorubicina, AC (EC): Doxorubicina o epirubicina y ciclofosfamida, TAC: docetaxel, doxorubicina y ciclofosfamida, AC → T: doxorubicina y ciclofosfamida seguida de paclitaxel o docetaxel estos dos últimos se pueden combinar con trastuzumab en tumores HER2/neu+, TC: docetaxel y ciclofosfamida.

La terapia hormonal usa el tamoxifeno en mujeres con receptores estrogénicos positivos (ER+), otros son inhibidores de la aromatasa como: anastrozol, letrozol y exemestano. El fulvestran es tan eficaz como el tamoxifeno o los inhibidores de la aromatasa en mujeres con receptores HER2/neu+, los inhibidores del factor de crecimiento vascular como: bevacizumab, en ER+: everolimus y exemestrano para mujeres posmenopáusicas, los factores estimuladores de colonias cuando hay neutropenia, además los bifosfonatos disminuyen el riesgo de fracturas patológicas¹⁹.

CALIDAD DE VIDA.

Los antecedentes con respecto a la calidad de vida, ya habían sido mencionados por el economista Pigou en la década de los 30. Este ya dilucidaba la importancia de la economía del bienestar, sin embargo, los precursores del concepto fueron Campbell, Converse y Rodgers (1976), quienes describieron en su famoso texto, titulado *The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfactions* con varios apartados propios de la misma²⁰.

El término en un inicio obedecía a mediciones tangibles, debido a que fue creado por economistas, las ciencias sociales agregaban por su parte la percepción que tenía el individuo. En la actualidad la definición incluye tres áreas, que son la económica, la social y la médica²¹.

Las definiciones en las cuales se basará la discusión serán dos, la primera por el enfoque multidimensional que posee y la segunda por corresponder a la definición operacional que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS), para calidad de vida, debido a la integración que realizó de los dominios físico, psicológico y medioambiental, a la definición ya existente. Lawton (1999) define a la calidad de vida, como la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios interpersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental del individuo²².

La calidad de vida determina el impacto global de la enfermedad y/o del tratamiento que se está recibiendo. La OMS (1994) en su instrumento WHOQOL establece, que es la percepción de un individuo, su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones²³.

La calidad de vida puede aplicarse en forma general para determinar el entorno global del paciente, sin embargo, en ocasiones se busca aplicar a situaciones específicas instrumentos de medición para calidad de vida en determinados pacientes o contextos, como es el caso de cáncer de mama. Existen así mismo una gran cantidad de índices o escalas que establecen calidad de vida general, estas fueron diseñadas con la intención de determinar el impacto que el tratamiento y la enfermedad producían por sí mismas en la vida de los pacientes. Las primeras se enfocaban únicamente en cómo se afectaba el desempeño de las actividades diarias de los pacientes ante un tratamiento, empero olvidaban completamente la esfera social y psicológica del mismo, por lo cual las escalas integraron con el tiempo estas áreas a la exploración de la calidad de vida²⁴.

En 1994 el grupo de estudio del European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) para calidad de vida, llegó a un consenso para que la evaluación tomara en cuenta los síntomas físicos propios del cáncer, los debidos al tratamiento, los aspectos funcionales, los aspectos psicológicos, los aspectos sociales y familiares, sin embargo por si misma esta es una escala generalista. Posteriormente se crearon escalas dirigidas a problemas específicos de salud o se puede utilizar un índice con enfoque hacia estados generales de salud, si se quiere analizar el daño general.

Otras escalas que abordan un aspecto generalista son QLQ-C30 (Quality of life questionnaire C-30), y el RSCL (Rotterdam Symptom Checklist), las cuales ya se encuentran establecidas su confiabilidad y validez. Otras como el FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy), ha creado sub-escalas para evaluación de varios tipos de cáncer: como el de mama, pulmón, colón, cabeza y cuello, con una fiabilidad interna de 0.92 de alfa de Crombach, (en el caso de la sub escala FACT-B para cáncer de mama presenta una alfa de Crombach de 0.90), otras como CARES-SF (Cancer Rehabilitation Evaluation System Short-Form), evaluación la necesidad de rehabilitación y calidad de vida, con una evaluación general, su consistencia interna alcanza un 0.92, Otras están dedicadas por completo a la determinación de calidad de vida en pacientes terminales como la HQLI (Hospice Quality of Life Index), la cual tiene una alfa de entre 0.83- 0.87, la MQOL (Mc Grill Quality of Life Questionnaire) no presenta adecuadamente el escenario social, su alfa calculada varía entre 0.84-0.87, algunas más evalúan funcionalidad en cáncer terminal, como la EFAT (Edmonton Functional Assessment Tool), con una fiabilidad de 0.88, el MVQOLI (Missoula VITAS Quality of Life Index), elaborado para pacientes en cuidados paliativos, una consistencia interna de 0.77, la QLQ-C30, hecha para pacientes que participaron en ensayos clínicos, otras escalas como la WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life), miden de forma general la calidad de vida, con una consistencia de 0.88^{25,26}.

La calidad de vida se ha utilizado más recientemente en poblaciones específicas o grupos de pacientes ya que, estas valoraciones ayudan en la toma de decisiones para implementar políticas adecuadas a las mismas, con el fin de capacitar para identificar una población vulnerable, estas medidas cuando son combinadas pueden ser medidores directos e indirectos del resultado de las intervenciones realizadas, estos estudios permiten en el caso de neoplasias malignas como el cáncer de mama, una percepción global de la repercusión que el cáncer de mama tiene en la calidad, ya que ocasiona cambios perceptuales, en el estilo de vida, conductual y social, así como ayudar a determinar la expectativa que se tiene por algún tratamiento o la misma rehabilitación²⁷.

La calidad de vida varía aproximadamente cada dos semanas, por lo que la aplicación de encuestas que desarrollen este tipo de constructos debería realizarse de forma periódica, tomando en consideración este lapsus de tiempo²⁸.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, tiene enormes consecuencias en las personas que lo experimentan, generalmente el tratamiento consiste en cirugía, y posterior a esta se recomienda uno o más tratamientos adicionales como: radioterapia, quimioterapia o tratamiento hormonal. La evaluación de la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con Salud), se justifica debido a que los pacientes con cáncer de mama, diagnosticados y tratados, tienden a experimentar diversos síntomas y problemas, prefiriéndose algunos tratamientos sobre otros, como es el caso de ablación ovárica, que resulta peor que la quimioterapia, ya que la primera conlleva a una menopausia y esterilidad inducidas y la segunda no presenta estas complicaciones.

En algunos estudios se ha mostrado por ejemplo, que mientras la ablación ovárica, tiene una asociación con menos efectos secundarios, se argumenta que estas pacientes, también pueden tener mayor riesgo de depresión, algunos otros existe evidencia que relaciona la frecuente asociación del tamoxifeno con depresión, por ejemplo en la quimioterapia, la asociación ciclofosfamida, epirubicina y fluoroacil (CEF), presenta en estas pacientes mayor alopecia, que la combinación ciclofosfamida, metrotexato, fluoroacil, los resultados en cuanto a la supervivencia parecen no mostrar diferencias significativas entre tratamientos empero en cuanto a la calidad de vida, podrían ayudar a obtener una mejor base para la toma de decisiones.

Un segundo punto que justifica el estudio de la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con Salud), es un medio para obtener información descriptiva sobre el impacto longitudinal de la enfermedad, así de esta forma se usa la información de dos formas: la primera informando a los pacientes sobre la frecuencia y curso de diversos síntomas y los problemas relacionados a los diversos tratamientos, y el segundo lugar encaminado a los profesionales de la salud ayudando a prevenir y aliviar estos síntomas así efectos secundarios, además de ayudar a estandarizar los procedimientos y tratamientos.

En algunas legislaciones como la danesa se menciona, como importante el conocimiento por parte de los pacientes, acerca de las consecuencias con experiencia en los tratamientos, y alternativas de tratamiento como una base necesaria para la obtención del consentimiento informado. Un tercer punto a favor del estudio de la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con Salud) en estos pacientes, es la relación ya mencionada en algunos estudios, entre la angustia psicológica y la supervivencia al cáncer de mama.²⁹

CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER DE MAMA.

Aquellas mujeres que cuenta con diagnóstico de cáncer de mama y se encuentran recibiendo tratamiento, presentan muchos efectos adversos en el aspecto físico y psicológico, estos a su vez provocan un impacto negativo en estas dos esferas, y en el estatus social y provocando una pobre calidad de vida, a causa del tratamiento.

Las principales cosas asociadas a la disminución de la calidad de vida, son entre otros los síntomas derivados del cáncer, el tipo de cirugía, las terapias adyuvantes, mujeres con nivel socioeconómico bajo ya que todos estos se relacionan directamente con una disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) por sus siglas en inglés, los estudios de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, refleja que la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, varía en cuanto al tipo de tratamiento, que reciben las pacientes. Incluso es importante recalcar que aun y cuando se realiza cirugía a las pacientes, nunca vuelve a recuperar completamente su calidad de vida, como los valores que tenían previo a la misma, incluso después de 2-5 años después de su diagnóstico.

En el caso de la cirugía los principales problemas asociados a esta son: dolor, movilidad restringida de hombro y de brazo, linfedema de extremidad superior, estas a su vez pueden limitar las actividades de la vida diaria de la paciente, teniendo un impacto negativo en el bienestar psicológico y físico. Algunas intervenciones dirigidas a la rehabilitación como la fisioterapia han mostrado mejoría en cuanto a las dimensiones físicas y sociales³⁰.

ANTECEDENTES.

Existe un creciente interés por la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, de igual forma la creación y validación de instrumentos que ayuden a identificar a estos grupos vulnerables, que principalmente se afectan debido a los tratamientos recibidos aún y cuando estos aumentan su esperanza de vida; los cuestionarios pretenden evaluar, varias dimensiones de la calidad de vida como: el funcionamiento social, físico, de rol, psicológico y sintomatología frecuente, generalmente se hacen de forma que se autoadministren, constituyéndose bajo esta normativa como indicadores desde la subjetividad del paciente, sin embargo estos deben aplicarse de forma seriada para poder observar la evolución de la calidad de vida.

Si bien es sabido que los pacientes más graves son menos asequibles a las evaluaciones o bien cada uno determina su juicio cognitivo en la autovaloración de la calidad de vida, son más los beneficios y ventajas para llevarlos a cabo. Los estudios de calidad de vida se usan en muchos ámbitos, por ejemplo: en análisis económicos, evaluación de ensayos clínicos, comparación de tratamientos o seguimiento de los pacientes.

Los estudios han demostrado que la calidad de vida es un factor pronóstico de la sobrevida. Desde esta perspectiva han sido creados muchos instrumentos para la valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, por citar algunos: EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) con su módulo BR-23, FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) con su instrumento FACT-B, o el SF-36, en nuestro caso optamos por la utilización de FACT-B, ya que su confiabilidad y validación internas son altas, alcanzando un 0.90 en su alfa de Crombach, lo que ayuda a apegar más cada una de las conclusiones a la realidad científica³¹.

CUESTIONARIO FACT-B.

El sistema de medición de grupo FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) por sus siglas en inglés, fue gestionado para la administración e información, calificación e interpretación de un grupo de cuestionarios, creados con la finalidad de medir la calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos, su primer cuestionario fue creado en 1994, en el cual se evaluaba de forma general la calidad de vida, en pacientes con cáncer, mismo que fue validado y ha sido utilizado en miles de estudios en todo el mundo, al momento han desarrollado más de 50 cuestionarios, los cuales están disponibles en varios idiomas, además de contar con instrumentos para evaluación de fatiga, satisfacción con tratamientos y bienestar espiritual, esclerosis múltiple entre otros.

Su misión es promover el uso y aplicación, estos con la finalidad de mejorar la atención médica de las enfermedades crónicas, los derechos de los cuestionarios corresponden al Dr. David Cella, estos son sometidos a una rigurosa y metodológica traducción, así como validación lingüística, incluyendo el análisis cognitivo con pacientes, así mismo este documento, todas las traducciones, adaptaciones, índices de síntomas, programas informáticos y algoritmos de puntuación están registrados bajo derecho de autor en Copyright.

Se utilizará por lo anterior descrito la versión española ya traducida por la organización FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy), para evitar incurrir en irregularidades con respecto a derechos de autor, así como posibles alteraciones, con los ítems ya validados por el organismo. Se usará la escala FACT-B versión 4, que es una escala específica, la cual está orientada para determinar la alteración en la calidad de vida de las pacientes con tratamiento para cáncer de mama. Al momento la validez interna del instrumento para su traducción al español, tiene un alfa de Crombach de 0.90 la cual presenta un total de preguntas o ítems, dividen la escala en apartados, física socio-familiar, emocional y funcional. Las escalas FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy), están diseñados para auto-administración, pero también se pueden administrar por medio de entrevista. Para la auto-administración, los pacientes deben ser instruidos para leer las breves instrucciones en la parte superior del cuestionario. Después de la comprensión correcta por parte del paciente, él o ella deberán ser animados a completar cada pregunta, sin saltarse ninguna. Algunos pacientes pueden sentir que los ítems o determinada cuestión no es aplicable a ellos, sin embargo, debe animárseles a seguir contestando, por ejemplo, si el paciente no está recibiendo tratamiento y se le pregunta por los efectos secundarios a circular la parte en donde dice ninguno.

FACT-B (DIRECTRICES DE PUNTUACIÓN) “VERSIÓN 4”.

Para realizarlo se muestra una lista de afirmaciones que otras personas con su enfermedad han dicho que son importantes. Por favor marque para indicar su respuesta como se aplica a los últimos 7 días.

Instrucciones:

1.-Registre las respuestas en la columna "respuesta al ítem". Si falta, marque con una X.

2.-Realizar las preguntas como se indica, y sume los elementos individuales para obtener una puntuación.

3.-Multiplicar la suma de las puntuaciones de los ítems por el número de elementos de la subescala, y se divide por el número de ítems respondidos. Esto produce la subescala.

4.-Añadir la subescala para derivar las puntuaciones totales (TOI, FACT-G & FACT-B).

5.-Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será la calidad de vida.

Cuando no faltan datos, es aceptable siempre que más del 50% de los ítems fueron respondidos (por ejemplo, un mínimo de 4 de 7 elementos, 4 de 6 elementos, etc.). La puntuación total se calcula como la suma de las puntuaciones de la subescala no ponderados.

La escala está considerada como un indicador aceptable de calidad de vida del paciente, siempre y cuando la tasa global de respuesta al ítem es superior al 80% (por ejemplo, al menos 22 de los 27 ítems completados). Esto no debe ser confundido con la tasa de respuesta al ítem sub-escala individual, lo que permite una puntuación sub-escala de ser prorrateada para los artículos que faltan, si se responde de más del 50% de los envíos. Además, una puntuación total sólo debe ser calculada si todos los componentes tienen sub-escalas resultados válidos³².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8?

JUSTIFICACIÓN:

En nuestro país de acuerdo a la dirección general de epidemiología, el cáncer de mama, se considera en México como la segunda causa de mortalidad con el 12.9% en mujeres de 30-54 años. Por tal motivo es de capital importancia, generar políticas adecuadas, a las necesidades específicas de cada grupo poblacional y en particular de este sector.

La Norma Oficial Mexicana 041 SSA2 2011, en materia de diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama menciona en su punto 3.44, que la prevención terciaria, pretende evitar, retardar o en su caso reducir la aparición de las secuelas de la enfermedad o problema de salud con respecto al cáncer de mama.

Bajo esta premisa se realizan las intervenciones orientadas a identificar a las pacientes que tienen riesgo de presentar alteración de su calidad de vida debido al tipo de tratamiento que están llevando o llevaron. Por tanto, es un riesgo inherente al mismo la alteración de las esferas de la calidad de vida de los pacientes.

Las diferentes terapias no han mostrado diferencias significativas entre sí, sin embargo, en cuanto a la calidad de vida se refiere, podría este tipo de estudios ayudar a obtener, mejores evidencias sustentables que ayuden a la toma de decisiones, con la premura de identificar debilidades, y posibles intervenciones en cuanto a la calidad de vida de las pacientes.

El cáncer de mama y la evaluación de la CVRS (calidad de vida relacionada con salud) se justifica, debido a los problemas relacionados al diagnóstico y tratamiento, específicamente hablando de ellos nos interesamos en el estrés emocional que causa y las secuelas que presentan las terapias, como infertilidad y menopausia entre otros. Existen así mismo diferentes tipos de terapia, cada una de las cuales se elige bajo determinadas circunstancias que presentan las pacientes, sobre todo relacionadas con la edad y la paridad entre otras.

La información obtenida de este tipo de estudios ayuda, proporcionando información que nos ayude a tomar en consideración las necesidades de las pacientes, como por ejemplo la fertilidad, anticipar en muchos casos las secuelas, y elegir el entorno terapéutico que las pacientes prefieran para poder desenvolver su vida normal sin limitaciones, a la par de un tratamiento.

Contribuir a la mejora del primer nivel de atención, adoptando medidas que impidan el ausentismo laboral, crear vínculos entre las redes de apoyo existentes y así atenuar el deterioro funcional de la paciente.

Monitorizar la progresión de la enfermedad y monitorizar la respuesta a los tratamientos (tanto su toxicidad y efectos adversos esperables).

Ahora más que nunca se tiene en bien, a considerar la percepción de los pacientes a respecto de los tratamientos, si con la información obtenida de estos estudios podemos informar con anticipación que tipo de secuelas presentaran estaremos contribuyendo a integrar a los pacientes al entorno terapéutico, ya que si bien los médicos somos quienes administramos estas terapias y tomamos decisión sobre las mismas, los pacientes podrían elegir qué tipo de efectos secundarios serían capaces de tolerar.

Una vez hecho el diagnóstico de cáncer a las pacientes, su entorno social se ve alterado, esto genera modificaciones en su entorno global.

Realizar los estudios de calidad de vida ayuda a identificar oportunamente a las pacientes que tienen afectada de forma importante la esfera emocional, física, social y capacidad de funcionamiento, esto con la intención de mejorar la atención en el primer nivel de atención, ya que la integración de los pacientes y su rehabilitación, debe comenzar desde la prevención, y haciendo seguimiento de esta población vulnerable con riesgo de deterioro de la funcionalidad familiar.

OBJETIVO.

Evaluar el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, del H.G.Z./U.M.F. No. 8.

HIPÓTESIS:

Debido a que los estudios descriptivos no ameritan el desarrollo de éstas se plantean las siguientes hipótesis con fines educativos.

H₀: Hipótesis Nula

Las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8 NO tienen una mala calidad de vida de acuerdo al tipo de tratamiento.

H₁: Hipótesis alterna.

Las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8 tienen una mala calidad de vida de acuerdo al tipo de tratamiento.

MATERIALES Y METODOS.

Se realizó a las pacientes del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Número 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que ya contaban con diagnóstico y tratamiento para cáncer de mama, mismas a las cuales se les dio a conocer el objetivo del estudio en progreso, previamente solicitando su autorización por escrito, mediante un consentimiento informado, en el cual firmaron aceptando su participación, aplicándose a todas ellas el cuestionario FACT-B, en el cual permitió observar aquellas pacientes con mala o buena calidad de vida.

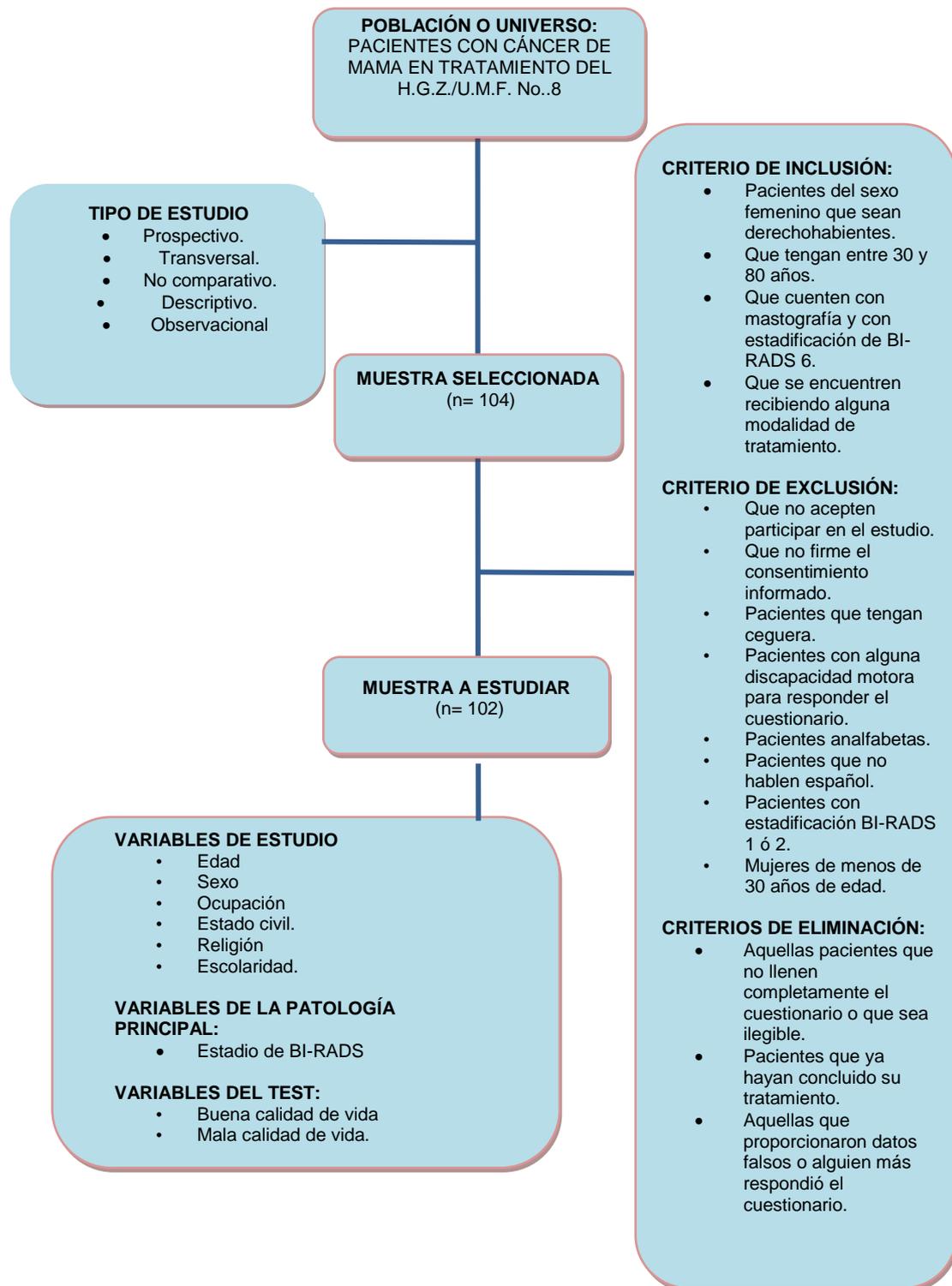
Esto permitió valorar la relación entre grupos, y las variables existentes obteniendo resultados, posteriormente realizando interpretación y análisis.

TIPO DE INVESTIGACION:

El presente trabajo que se realizó, es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analizó: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



Elaboro: Genaro García Rivero.

POBLACIÓN O UNIVERSO:

El presente estudio se realizó a pacientes femeninas con diagnóstico de cáncer de mama, de entre 30-80 años de edad, las cuales estaban recibiendo alguna modalidad de tratamiento y que se encontraban en la consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la Ciudad de México. El tipo de población fue urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

El estudio prospectivo se efectuó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” se encuentra ubicado en Avenida Rio Magdalena #289, Colonia Tizapán San Ángel, Ciudad de México. En el periodo que comprendió de marzo del 2015 a febrero del 2016.

MUESTRA.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para este estudio descriptivo se calculó de forma probabilística en base en la prevalencia y será de 101 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.30, con amplitud total del intervalo de confianza de 0.15.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P=Proporción esperada.

(1-P)= Nivel de confianza del 90%.

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1-P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes del sexo femenino que sean derechohabientes
- Que tengan entre 30 y 80 años,
- Que cuenten con mastografía y con estadificación de BI-RADS 6,
- Que se encuentren recibiendo alguna modalidad de tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que tengan ceguera.
- Pacientes con alguna discapacidad motora para responder el cuestionario.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes que no hablen español.
- Pacientes con estadificación BI-RADS 1 o 2.
- Mujeres de menos de 30 años de edad.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Aquellas pacientes que no llenen completamente el cuestionario o que este sea ilegible
- Pacientes que ya hayan concluido su tratamiento
- En aquellas pacientes que se descubra que proporcionaron datos falsos en el cuestionario o que alguien más haya respondido el cuestionario.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Pacientes con Cáncer de mama.

VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

CÁNCER DE MAMA: Es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios, que tiene la capacidad de diseminarse.

CALIDAD DE VIDA: La Organización Mundial de la Salud (OMS)1994 en su instrumento WHOQOL establece, que es la percepción de un individuo, su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

ESTADIO DE BI-RADS: Por sus siglas en inglés BREAST IMAGING REPORT AND DATABASE SYSTEM, es una herramienta radiográfica, para estandarizar los reportes e interpretaciones mamográficas, fue creado el 1992, por el Colegio Americano de Radiología, consta de 7 categorías, la categoría 0 habla de una radiografía insuficiente, la categoría 1 es una mamografía negativa a malignidad sin ganglios o calcificaciones, la categoría 2 es una mamografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos, la categoría 3 se refiere a probable benignidad con control en 6 meses y 2.24% de probabilidad de cáncer, la categoría 4 menciona resultado dudoso de malignidad, requiere confirmación histopatológica, se subdivide en A) Baja sospecha de malignidad 3-49%, B) Sospecha intermedia 50-89%, C) Moderada sospecha de malignidad 90-84%, la categoría 5, refiere Alta sospecha de malignidad con más de 95% de probabilidad de malignidad, la categoría 6 tiene malignidad comprobada mediante biopsia.

VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS.

- 1.-EDAD: Tiempo que ha vivido una persona a partir de su nacimiento.
- 2.-SEXO: Género al que pertenece un individuo.
- 3.-OCUPACION: Trabajo empleado y oficio en la cual la población emplea su tiempo.
- 4.-ESTADO CIVIL: El conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, atributos o situaciones tales como el nacimiento, adopción, emancipación, el matrimonio, el divorcio y el fallecimiento, que en suma contribuyen a conformar su identidad.
- 5.-RELIGION: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos o de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.
- 6.-ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

VARIABLES DEL TEST

Cuestionario FACT-B

Mala calidad de vida (0-71 puntos).

Buena Calidad de vida (72-144 puntos).

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.			
NOMBRE DE LA VARIABLE.	TIPO DE VARIABLE.	ESCALA DE MEDICION.	VALOR DE LA VARIABLE.
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Rangos de Edad	Cualitativa	Nominal	1.-30-40 años 2.-41-50 años 3.-51-60 años 4.-61-70 años 5.-71-80 años
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1.- Empleadas 2.- Desempleadas
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1.- Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria Bachillerato 4.-Licenciatura 5.-Analfabeta
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.-Solteras 2.-Casadas 3.-Divorciadas 4.-Viudas 5.-Unión libre
Religión	Cualitativa	Nominal	1.-Catolica. 2.-Testigo de Jehová. 3.-Judaica. 4.-Mormona. 5.-Islamica. 6.-Evangelica. 7.-Otras.

Elaboro: Genaro García Rivero.

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD			
NOMBRE DE LA VARIABLE.	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LA VARIABLE.
Estadio de BI-RADS, previo a su envío a Tercer nivel (Oncología).	Cualitativa	Ordinal	0.-0 1.-1 2.-2 3.-3 4.-4 5.-5 6.-6
Modalidad de tratamiento	Cualitativa	Nominal	1.-Mastectomia. 2.-Radioterapia. 3.-Quimioterapia. 4.-Mastectomia + Radioterapia. 5.-Mastectomia + quimioterapia. 6.-Mastectomia, radioterapia y quimioterapia. 7.-Quimioterapia + Radioterapia

Elaboro: Genaro García Rivero

VARIABLES DEL TEST			
NOMBRE DE LA VARIABLE.	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LAS VARIABLE.
Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	1) Mala (0-71) 2) Buena (72-144)

Elaboro: Genaro García Rivero

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 20. Y para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia de 39.3% a 5 años.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

El sistema de medición de grupo FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) por sus siglas en inglés, fue gestionado para la administración e información, calificación e interpretación de un grupo de cuestionarios, creados con la finalidad de medir la calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos, su primer cuestionario fue creado en 1994, en el cual se evaluaba de forma general la calidad de vida, en pacientes con cáncer, mismo que fue validado y ha sido utilizado en miles de estudios en todo el mundo, al momento han desarrollado más de 50 cuestionarios, los cuales están disponibles en varios idiomas, además de contar con instrumentos para evaluación de fatiga, satisfacción con tratamientos y bienestar espiritual, esclerosis múltiple entre otros.

Su misión es promover el uso y aplicación, estos con la finalidad de mejorar la atención médica de las enfermedades crónicas, los derechos de los cuestionarios corresponden al Dr. David Cella, estos son sometidos a una rigurosa y metodológica traducción, así como validación lingüística, incluyendo el análisis cognitivo con pacientes, así mismo este documento, todas las traducciones, adaptaciones, índices de síntomas, programas informáticos y algoritmos de puntuación están registrados bajo derecho de autor en Copyright.

Se utilizará por lo anterior descrito la versión española ya traducida por la organización FACIT, para evitar incurrir en irregularidades con respecto a derechos de autor, así como posibles alteraciones, con los ítems ya validados por el organismo.

Se usará la escala FACT-B versión 4, que es una escala específica, la cual está orientada para determinar la alteración en la calidad de vida de las pacientes con tratamiento para cáncer de mama. Al momento la validez interna del instrumento para su traducción al español, tiene un alfa de Crombach de 0.90 la cual presenta un total de preguntas o ítems, dividen la escala en apartados, física socio-familiar, emocional y funcional.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Las escalas FACIT están diseñadas para auto-administración, pero también se pueden administrar por medio de entrevista. Para la auto-administración, los pacientes deben ser instruidos para leer las breves instrucciones en la parte superior del cuestionario. Después de la comprensión correcta por parte del paciente, él o ella, deberán ser animados a completar cada pregunta, sin saltarse ninguna.

Algunos pacientes pueden sentir que los ítems o determinada cuestión no es aplicable a ellos, sin embargo, debe animárseles a seguir contestando, por ejemplo, si el paciente no está recibiendo tratamiento y se le pregunta por los efectos secundarios a circular la parte en donde dice ninguno.

FACT-B (Directrices de puntuación) "versión 4".

Para realizarlo se muestra una lista de afirmaciones que otras personas con su enfermedad han dicho que son importantes. Por favor marque para indicar su respuesta como se aplica a los últimos 7 días.

Instrucciones:

- 1.-Registre las respuestas en la columna "respuesta al ítem". Si falta, marque con una X.
- 2.-Realizar las preguntas como se indica, y sume los elementos individuales para obtener una puntuación.
- 3.-Multiplicar la suma de las puntuaciones de los ítems por el número de elementos de la sub-escala, y se divide por el número de ítems respondidos. Esto produce la sub-escala.
- 4.-Añadir la sub-escala para derivar las puntuaciones totales (TOI, FACT-G & FACT-B).
- 5.-Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será la calidad de vida.

Cuando no faltan datos, es aceptable siempre que más del 50% de los ítems fueron respondidos (por ejemplo, un mínimo de 4 de 7 elementos, 4 de 6 elementos, etc.). La puntuación total se calcula como la suma de las puntuaciones de la sub-escala no ponderados.

La escala está considerada como un indicador aceptable de calidad de vida del paciente, siempre y cuando la tasa global de respuesta al ítem es superior al 80% (por ejemplo, al menos 22 de los 27 ítems completados). Esto no debe ser confundido con la tasa de respuesta al ítem sub-escala individual, lo que permite una puntuación sub-escala de ser prorrateada para los artículos que faltan, si se responde de más del 50% de los envíos. Además, una puntuación total sólo debe ser calculada si todos los componentes tienen sub-escalas resultados válidos.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

CONTROL DE SESGO DE INFORMACIÓN: Se realizó una revisión de la literatura médica, de los últimos 5 años, y se utilizó la información de las bases de datos medicas con el mejor nivel de evidencia disponible al momento como: EBSCO, Nature, UpToDate, Pubmed, Science Direct, entre otras. Los pacientes participantes no debían ser conscientes de las hipótesis bajo las cuales se llevó la investigación.

CONTROL DE SESGO DE SELECCIÓN: La muestra fue calculada de manera probabilística utilizando la prevalencia de Cáncer de mama, de GLOBOCAN, la cual presentó la prevalencia calculada a 5 años. Así mismo utilizamos los criterios, para la elección de participantes. Siguiendo los criterios de exclusión y eliminación, para la elección de los participantes.

CONTROL DE SESGO DE MEDICIÓN: Los instrumentos, presentaban instrucciones claras y precisas para su realización, ya previamente validados en poblaciones de habla española, además de contar con una buena confiabilidad interna y externa determinada por su alfa de Crombach, se verificó así mismo que las pacientes estaban recibiendo alguno de los tratamientos para cáncer de mama en sus diversas modalidades.

CONTROL DE SESGO DE ANÁLISIS: Se registraron y analizaron los datos correctamente, verificándose el correcto llenado del instrumento de medición y se interpretó cautelosamente cada uno de los datos obtenidos.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL H.G.Z./U.M.F. NÚMERO 8.
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2015-2016

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS					X	X						
PROPOSITOS							X	X				
DISEÑO METODOLOGICO									X	X		
ANALISIS ESTADISTICO											X	X
CONSIDERACIONES ETICAS												
RECURSOS											X	X
BIBLIOGRAFIA											X	X
ASPECTOS GENERALES												
ACEPTACION												

2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X	X	X									
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X	X							
RECOLECCION DE DATOS						X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y DE FINANCIAMIENTO.

HUMANOS: Para la realización de este proyecto se contó con un director de tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio), Un asesor clínico (Dr. Manuel Millán Hernández), un asesor experimental (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro), un aplicador de cuestionarios y recolector de datos (Dr. Genaro García Rivero).

MATERIALES: Para la realización de esta investigación se contó con una computadora portátil SONY VAIO, Servicio de fotocopiado para la reproducción de cuestionarios, lápices, borradores, Cuestionarios FACT-B en español.

FÍSICOS: El estudio se realizó en las instalaciones de la consulta externa de Medicina Familiar, así como de especialidades del H.G.Z./U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

FINANCIAMIENTO: Los gastos en general se absorbieron por el Dr. Genaro García Rivero, Residente de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio de investigación que se presentara con el título de: Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del HGZ/UMF 8., no desobedece la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, en junio 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General Fortaleza, Brasil, en octubre de 2013.

Así mismo se llevó a cabo en el cumplimiento de las normas del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México y de igual manera conforme a la NOM-012-SSA3-2012, las cuales se integran a la carta de consentimiento informado.

Se crea consentimiento informado de acuerdo a lineamientos de atención, diagnóstico y tratamiento médico del IMSS, los cuales se encuentran implícitos en dicho documento.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17.- El presente trabajo se clasifica como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.-La justificación y los objetivos de la investigación.

II.-Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

III.-Las molestias o los riesgos esperados.

IV.-Los beneficios que puedan observarse.

V.-Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

VI.-La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS.

Se estudió a 104 pacientes con diagnóstico y tratamiento para cáncer de mama del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, de las cuales se excluyeron a 2 pacientes ya que cumplían criterios de eliminación debido a que habían completado tratamiento, estudiándose como muestra total de 102.

La media de edad fue de 58.97 años con una mediana de 58 años y una moda de 53 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 11.31 años, un valor mínimo de 38 años y un valor máximo de 81 años.

En la sección de rangos de edad, se encontró que pertenecían al grupo de edad de entre 30-40 años 5(4.9%), mientras que del grupo de 41-50 años fueron 19(18.6 %), en cuanto al grupo de 51-60 fue de 34(33.4%), del grupo de 61-70 años fueron 25(24.5%) y por ultimo del grupo de 71-80 años se encontraron a 19(18.6%) pacientes. (Ver tabla y gráfico 1)

En cuanto a la sección de ocupación, un total de 8(7%) se consideraron empleadas y 94(93%) se encontraban desempleadas. (Ver tabla y gráfico 2)

En cuanto al rubro de escolaridad se observó que las pacientes que habían cursado como máximo grado académico la primaria fueron 26(25.5%), las que habían concluido hasta la secundaria 19(18.6%), hasta la preparatoria o bachillerato fueron 27(26.5%), y por ultimo las que habían concluido hasta la licenciatura fueron 30(29.4%). (Ver tabla y gráfico 3)

Dentro de la sección de estado civil, se halló que la cantidad de solteras fue de 17(16.7%), el grupo de casadas fue de 52(51%), el grupo de divorciadas para nuestra muestra fue de 12(11.7%), en tanto que las pacientes que eran viudas fue de 17(16.7%) y por último las pacientes que vivían en unión libre fueron 4(3.9%). (Ver tabla y gráfico 4)

En cuanto a la religión, con respecto a la católica, esta era profesada por 93(91.2%) de las pacientes, siendo Testigos de jehová 1(1%), así como Evangélica 3(2.9%) y finalmente otras 5(4.95%). (Ver tabla y gráfico 5)

En cuanto al BI-RADS con el que las pacientes, habían sido enviadas a tercer nivel de atención, se encontró lo siguiente, con BI-RADS 1 o negativo para malignidad al envió fueron 2(2%), en cuanto al BI-RADS 2 o negativo para malignidad con hallazgos benignos fueron 4(3.9%), con BI-RADS 3 o probablemente benigno fueron 6(5.9%), las que tuvieron BI-RADS 4 o dudoso de malignidad fueron 10(9.8%), y por ultimo con BI-RADS 5 o alta sospecha de malignidad fueron 80(78.4%). (Ver tabla y gráfico 6)

De acuerdo a la modalidad de tratamiento, que se encontraban recibiendo las pacientes durante la encuesta, encontramos que aquellas a las que se realizó mastectomía fueron 11(10.8%), aquellas que recibieron radioterapia fueron 2(2%), quienes se encontraban en quimioterapia fueron 1(1%), las que recibieron mastectomía y quimioterapia fueron 14(13.7%), mientras que quienes recibieron mastectomía y radioterapia fueron 21(20.5%), las que recibieron mastectomía, radioterapia y quimioterapia fueron 52(51%), y finalmente aquellas que se trataron con quimioterapia y radioterapia fue 1(1%). (Ver tabla y gráfico 7)

En la sección de calidad de vida, encontramos que aquellas con mala calidad de vida para la encuesta fueron 28(27.5%) y las que mostraron tener buena calidad de vida fueron 74(72.5%). (Ver tabla y gráfico 8)

En cuanto a la sección de rango de edades y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, para el rango de 30-40 años, se encontró que aquellas con mala calidad de vida fueron 1(1.0%) mientras que aquellas con buena calidad en el mismo grupo fueron 4(3.9%), en el rango de 41-50 años encontramos que las pacientes con mala calidad de vida fueron 2(2.0%), en tanto que aquellas con buena calidad de vida fueron 17(16.7%), para el grupo de 51-60 años con mala calidad de vida fueron 9(8.8%), con buena calidad de vida fueron 25(24.5%), en el rango de 61-70 años con mala calidad de vida hubo 7(6.9%) y con buena calidad 18(17.6%), finalmente el grupo de 71-80 años con mala calidad de vida fueron 9(8.8%) y con buena 10(9.8%). (Ver tabla y gráfico 9)

En el rubro de ocupación y calidad de vida encontramos que para la sección de pacientes con mala calidad de vida y con empleo fueron 4(3.9%), así mismo con buena calidad de vida y empleadas fue de 4(3.9%), en la parte de desempleadas con mala calidad de vida encontramos a 24(23.6%) y con buena calidad de vida y desempleadas fue de 70(68.6%) (Ver tabla y gráfico 10)

En cuanto al estado civil y la calidad de vida, pudimos observar que aquellas que eran solteras y tenían mala calidad de vida fueron 2(2.0%), en este mismo rubro con buena calidad de vida encontramos a 15(14.7%), casadas y con mala calidad de vida pudimos observamos a 16(15.7%), con buena calidad de vida en la sección de casadas encontramos a 36(35.3%), en la parte de divorciadas con mala calidad de vida observamos a 2(2.0%), y con buena calidad de vida en esta sección observamos a 10(9.8%), en las secciones de viudas con mala calidad de vida se encontraron a 7(6.8%), con buena calidad de vida viudas se encontró a 10(9.8%) y por último en la sección de unión libre con mala calidad de vida se observaron a 1(1.0%) y con buena calidad de vida a 3(2.9%). (Ver tabla y gráfico 11)

En el rubro de religión y calidad de vida, encontramos a pacientes que profesaban la religión católica y que tenían mala calidad de vida fueron 26(25.5%), con buena calidad de vida y que profesaban la religión católica fueron 67(65.7%), en tanto que las pacientes que profesaron ser Testigos de jehová y tuvieron buena calidad de vida fueron 1(1.0%), aquellas que profesaban la religión Evangélica con buena calidad de vida fueron 3(2.9%) finalmente las pacientes que profesaron otras religiones y tuvieron mala calidad de vida fueron 2(2.0%) y con buena calidad de vida fueron 74(72.5%).^(Ver tabla y gráfico 12)

En la sección de escolaridad y calidad de vida, se observó que las pacientes con mala calidad de vida y escolaridad primaria fueron 8(7.8%), con buena calidad de vida y esta misma escolaridad fueron 18(17.6%), en tanto que quienes habían concluido la secundaria con mala calidad de vida fueron 6(5.9%), aquellas con buena calidad de vida y escolaridad secundaria fueron 13(12.7%), aquellas con preparatoria o bachillerato y mala calidad de vida fueron 7(6.9%), y con buena calidad de vida y esta misma escolaridad fueron 20(19.7%), por último las pacientes con mala calidad de vida y licenciatura fueron 7(6.9%) y con buena calidad de vida fueron 23(22.5%).^(Ver tabla y gráfico 13)

En la sección de modalidad de tratamiento y calidad de vida se encontró que aquellas pacientes quienes habían sido sometidas a mastectomía y tenían mala calidad de vida fueron 7(6.9%), de estas quienes tenían buena calidad de vida fueron 4 (3.9%), en tanto que las pacientes que recibieron radioterapia y mostraron mala calidad de vida fueron 1(1.0%), con buena calidad y radioterapia fueron 1(1.0%), en la modalidad de quimioterapia con buena calidad de vida encontramos a 1(1.0%), de las combinaciones de tratamiento encontramos que quienes tuvieron mala calidad de vida y recibieron radioterapia junto con mastectomía fueron 6(5.9%), con buena calidad de vida bajo esta misma modalidad fueron 8(7.8%), en la combinación de mastectomía más quimioterapia encontramos a 3(2.9%) y con buena calidad de vida y esta misma modalidad fueron 18(17.6%), dentro de las pacientes que recibieron quimioterapia, radioterapia y además mastectomía encontramos con mala calidad de vida a 11(10.8%) y con buena calidad de vida a 41(40.2%) y por último las pacientes que recibieron quimioterapia y radioterapia juntas y que mostraron buena calidad de vida fueron 1(1.0%).^(Ver tabla y gráfico 14)

TABLAS Y GRÁFICOS.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 30-40 años	5	4.9%
De 41-50 años	19	18.6%
De 51-60 años	34	33.4%
De 61-70 años	25	24.5%
De 71-80 años	19	18.6%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M., Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

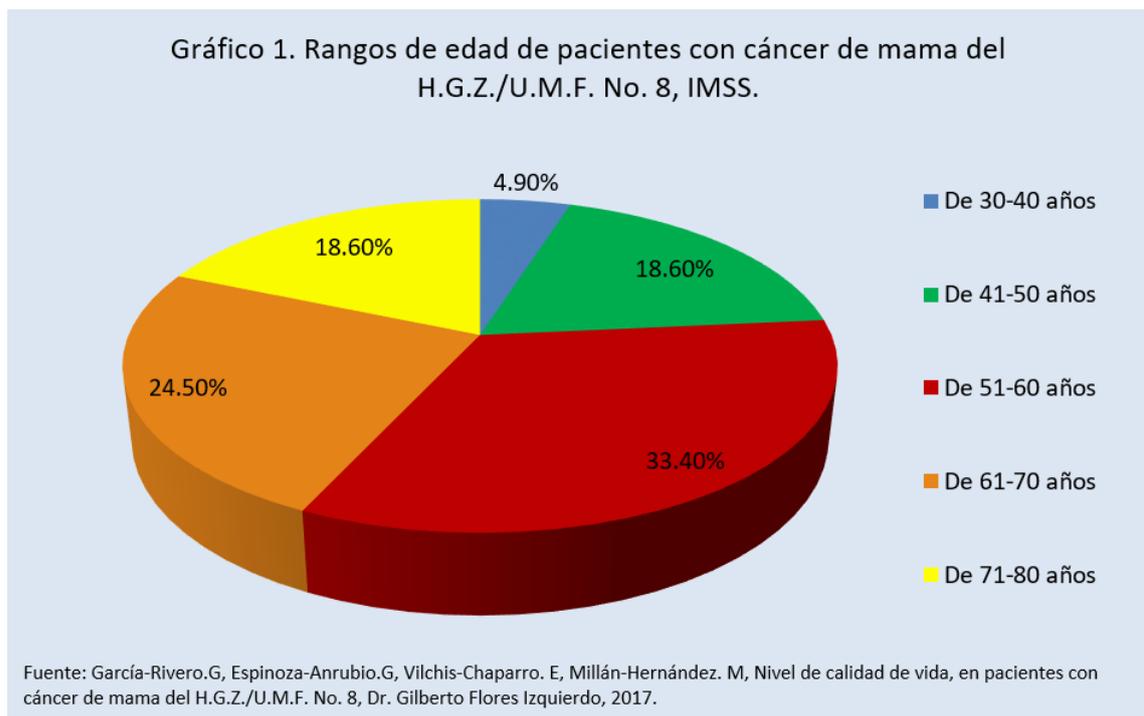


Tabla 2. Ocupación de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z/U.M.F. No. 8, IMSS.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleadas	8	7%
Desempleadas	94	93%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández .M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

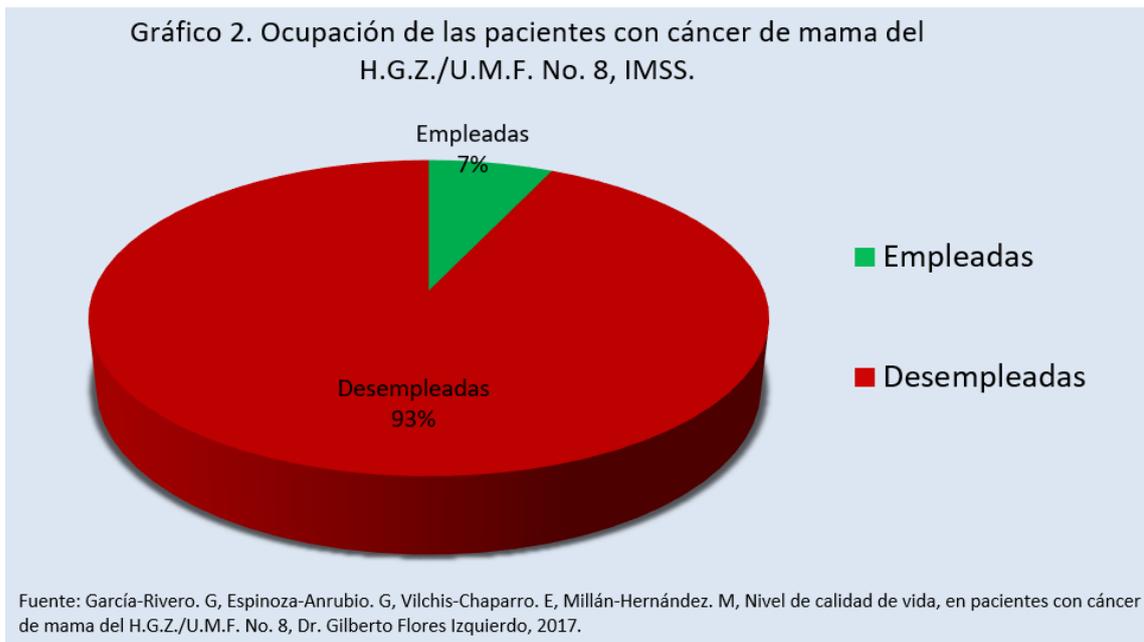
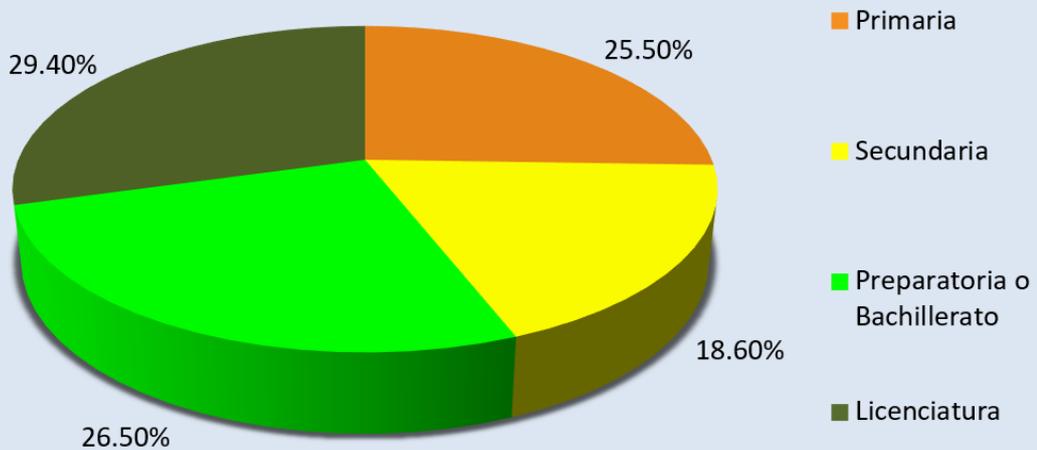


Tabla 3. Escolaridad de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	26	25.5%
Secundaria	19	18.6%
Preparatoria o Bachillerato	27	26.5%
Licenciatura	30	29.4%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

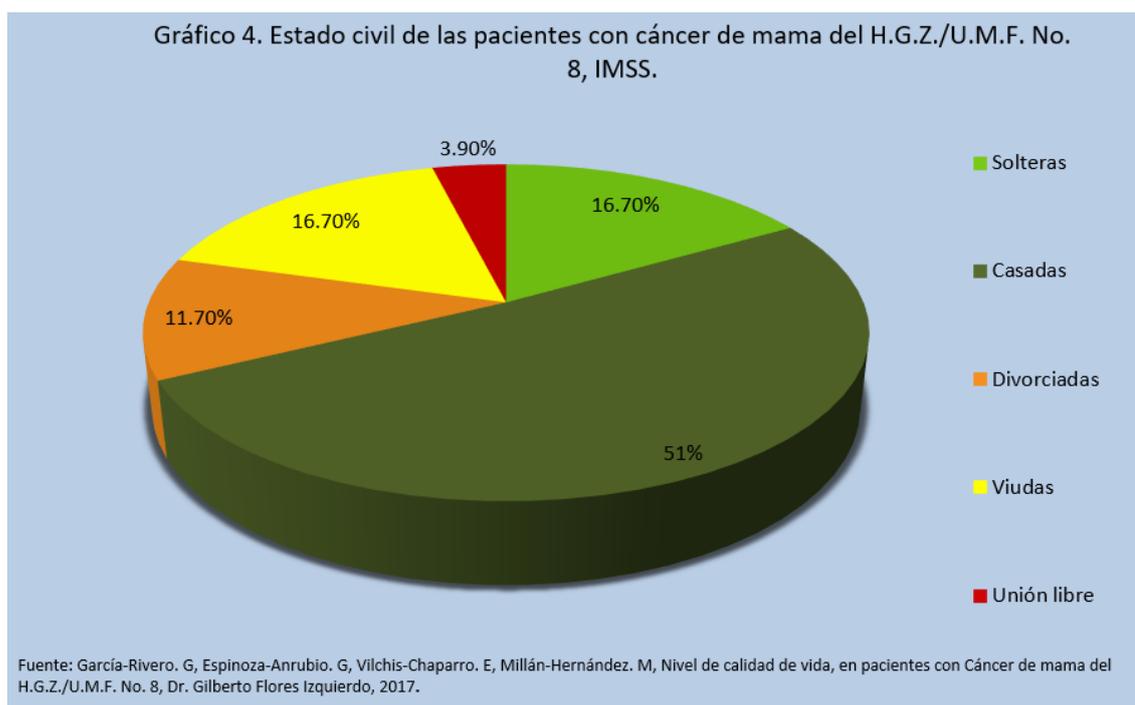
Gráfico 3. Escolaridad de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. 8, IMSS.



Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 4. Estado civil de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteras	17	16.7%
Casadas	52	51%
Divorciadas	12	11.7%
Viudas	17	16.7%
Unión libre	4	3.9%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández .M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.



Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	93	91.2%
Testigo de jehová	1	1%
Evangélica	3	2.9%
Otras	5	4.9%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

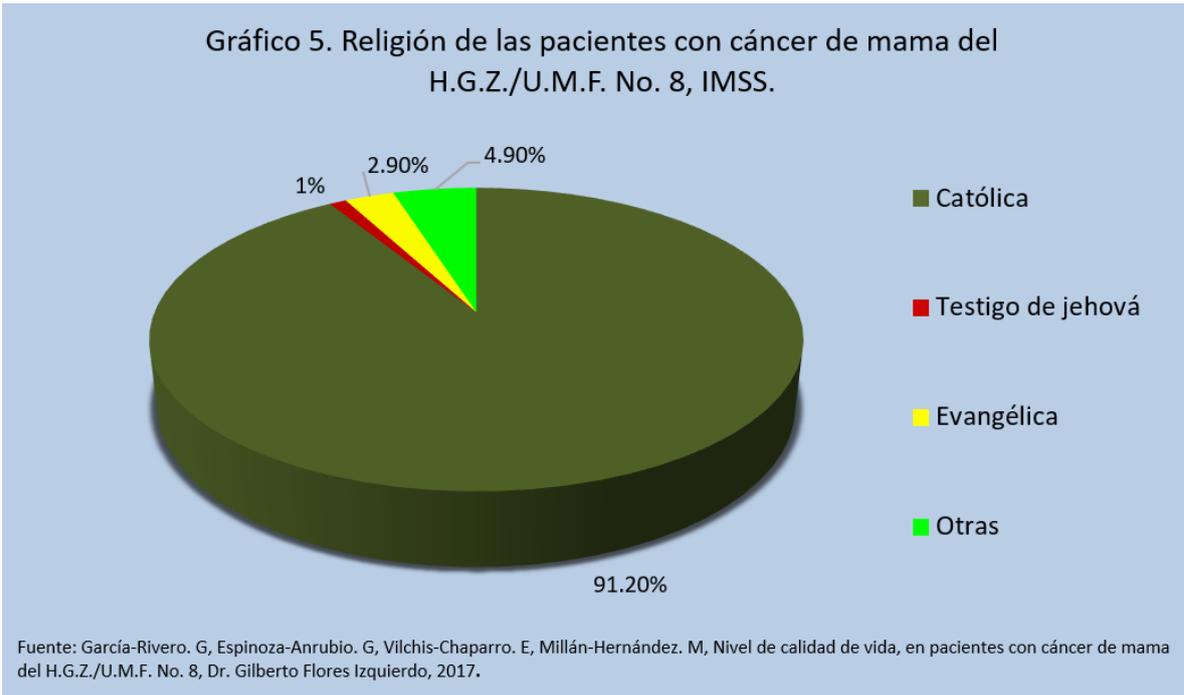
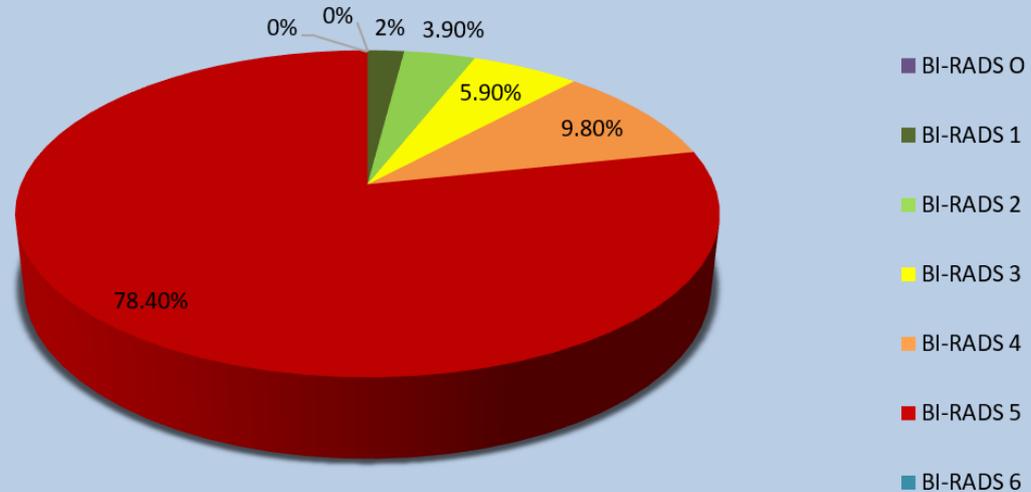


Tabla 6. BI-RADS con el que fueron enviadas a tercer nivel las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.

BI-RADS	Frecuencia	Porcentaje
0	0	0%
1	2	2%
2	4	3.9%
3	6	5.9%
4	10	9.8%
5	80	78.4%
6	0	0%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfico 6. BI-RADS con el que fueron enviadas a tercer nivel las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No.8, IMSS.



Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 7. Modalidad de tratamiento que estaban recibiendo las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.

Modalidad de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Mastectomía.	11	10.8%
Radioterapia	2	2%
Quimioterapia	1	1%
Mastectomía y Radioterapia	14	13.7%
Mastectomía y Quimioterapia	21	20.5%
Mastectomía, Radioterapia y Quimioterapia	52	51%
Quimioterapia y Radioterapia	1	1%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfico 7. Modalidad de tratamiento que estaban recibiendo las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8. IMSS

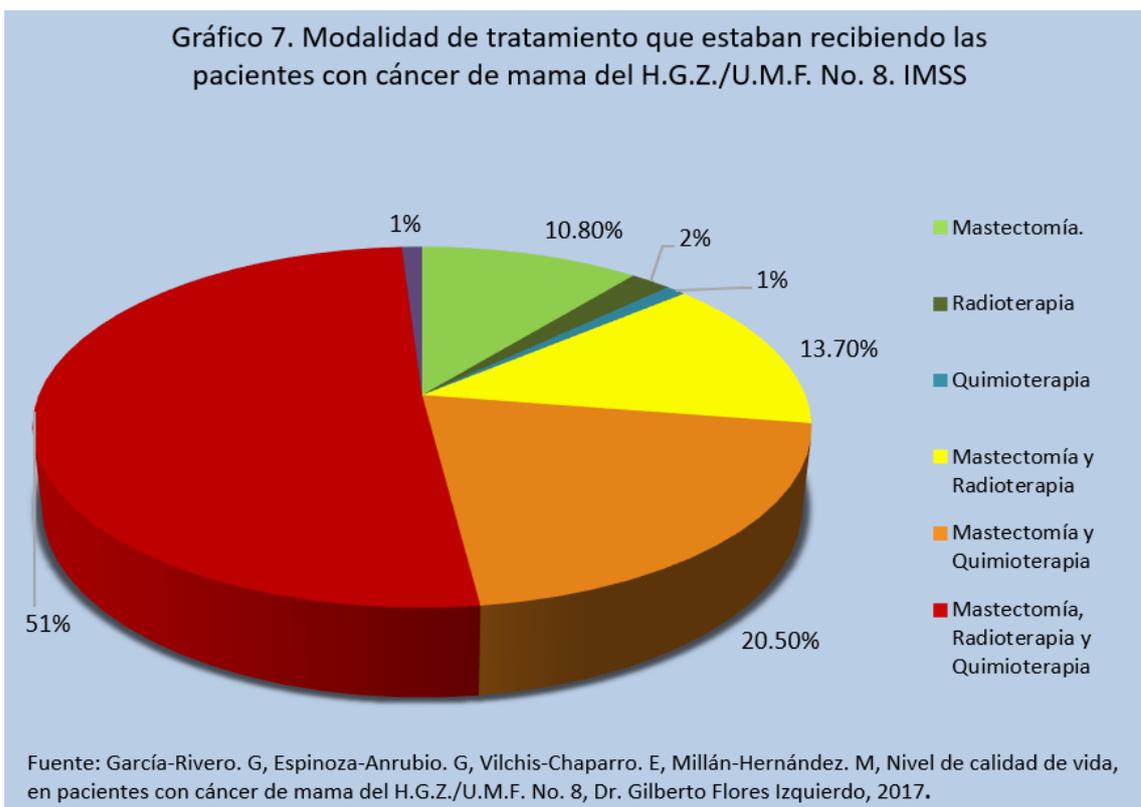


Tabla 8. Calidad de vida de las pacientes con Cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.		
Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Mala	28	27.5%
Buena	74	72.5%
Total	102	100%

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

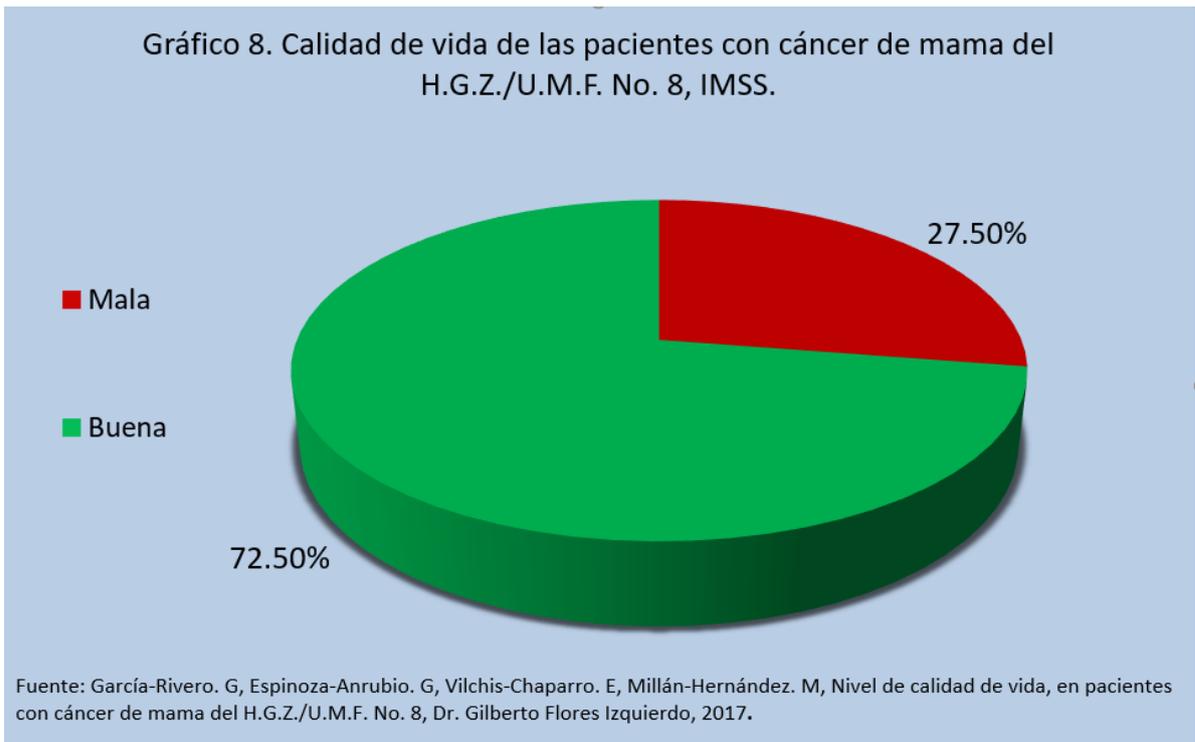
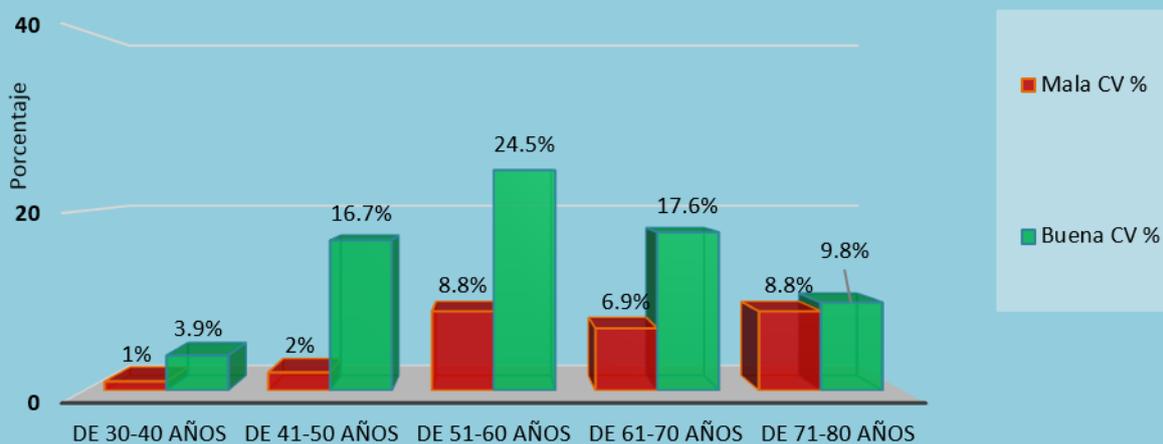


Tabla 9. Rangos de edad y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z/U.M.F. No. 8, IMSS.

Rango de edad	Mala CV		Buena CV		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
De 30-40 años	1	1.0	4	3.9	5	4.9
De 41-50 años	2	2.0	17	16.7	19	18.6
De 51-60 años	9	8.8	25	24.5	34	33.4
De 61-70 años	7	6.9	18	17.6	25	24.5
De 71-80 años	9	8.8	10	9.8	19	18.6
Total	28	27.5	74	72.5	102	100

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 9. Rangos de edad y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z/U.M.F. No. 8, IMSS.



Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 10. Ocupación y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z/U.M.F. No. 8, IMSS.

Ocupación	Mala CV		Buena CV		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Empleadas	4	3.9	4	3.9	8	7.8
Desempleadas	24	23.6	70	68.6	94	92.2
Total	28	27.5	74	72.5	102	100

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

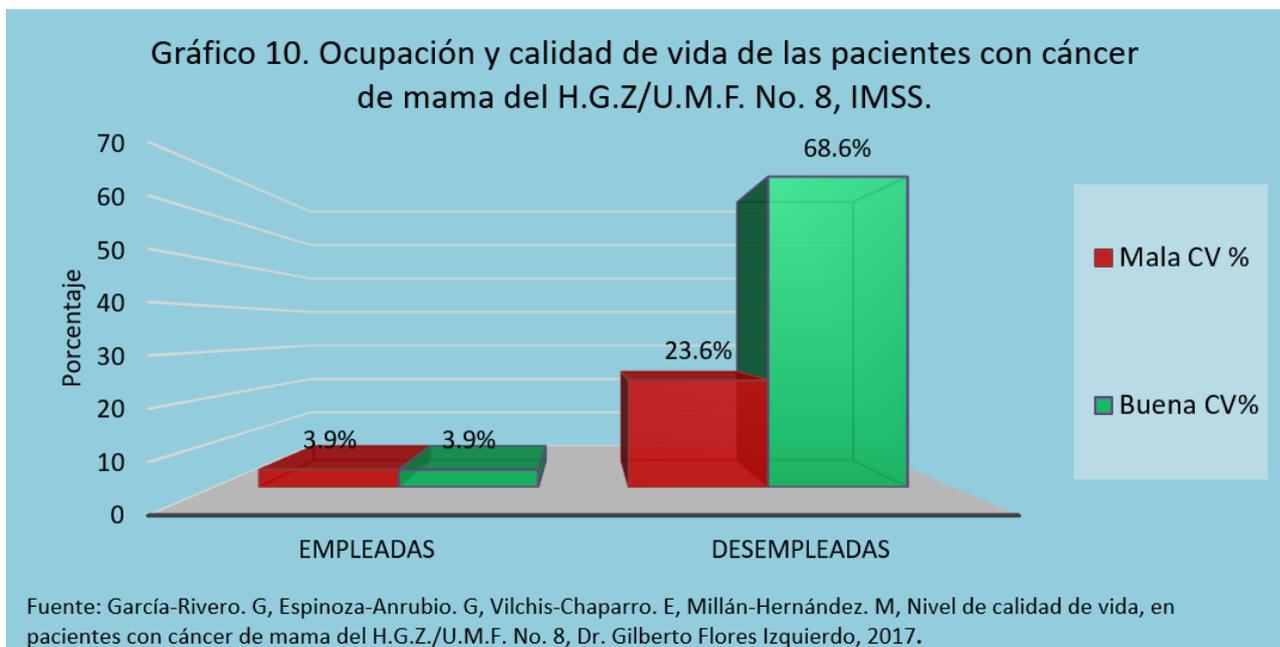
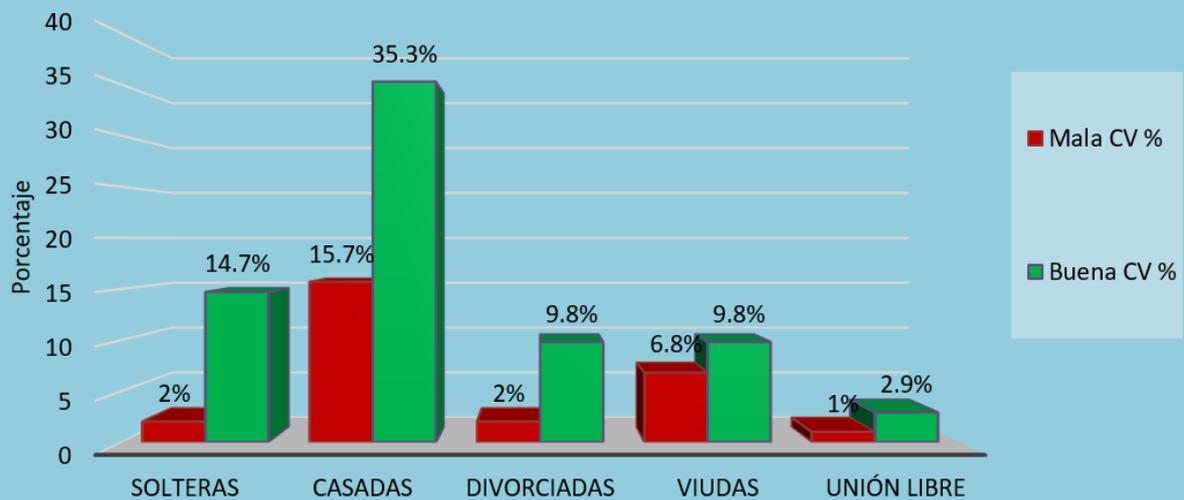


Tabla 11. Estado civil y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.

Estado civil	Mala CV		Buena CV		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Solteras	2	2.0	15	14.7	17	16.7
Casadas	16	15.7	36	35.3	52	51.0
Divorciadas	2	2.0	10	9.8	12	11.8
Viudas	7	6.8	10	9.8	17	16.7
Unión libre	1	1.0	3	2.9	4	3.9
Total	28	27.5	74	72.5	102	100

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfico 11. Estado civil y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.



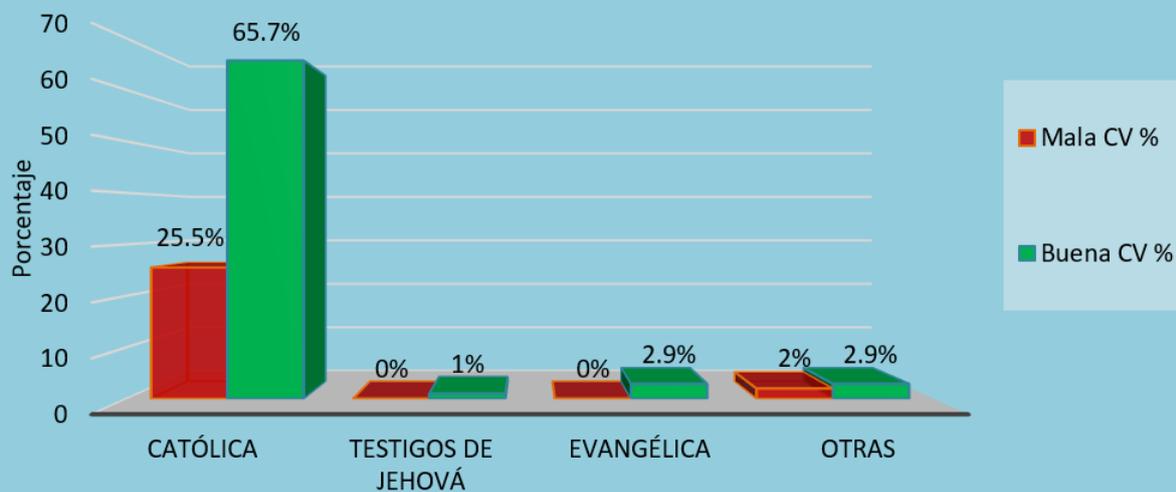
Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 12. Religión y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.

Religión	Mala CV		Buena CV		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católica	26	25.5	67	65.7	93	91.2
Testigos de Jehová	0	0	1	1.0	1	1.0
Evangélica	0	0.0	3	2.9	3	2.9
Otras	2	2.0	3	2.9	5	4.9
Total	28	27.5	74	72.5	102	100

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfico 12. Religión y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.



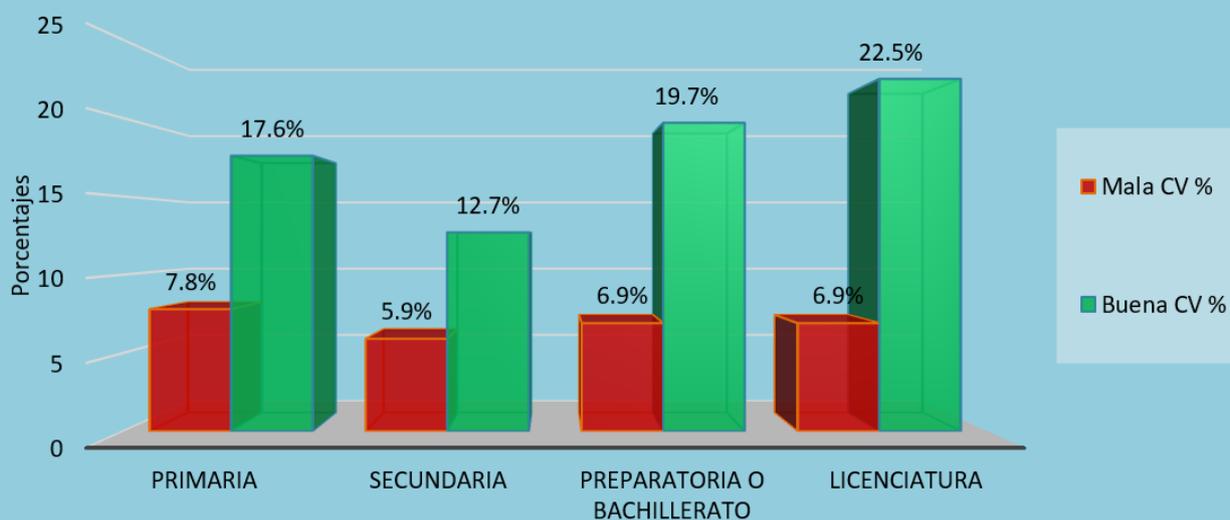
Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 13. Escolaridad y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.

Escolaridad	Mala CV		Buena CV		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	8	7.8	18	17.6	26	25.5
Secundaria	6	5.9	13	12.7	19	18.6
Preparatoria o Bachillerato	7	6.9	20	19.7	27	26.5
Licenciatura	7	6.9	23	22.5	30	29.4
Total	28	27.5	74	72.5	102	100

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfico 13. Escolaridad y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.



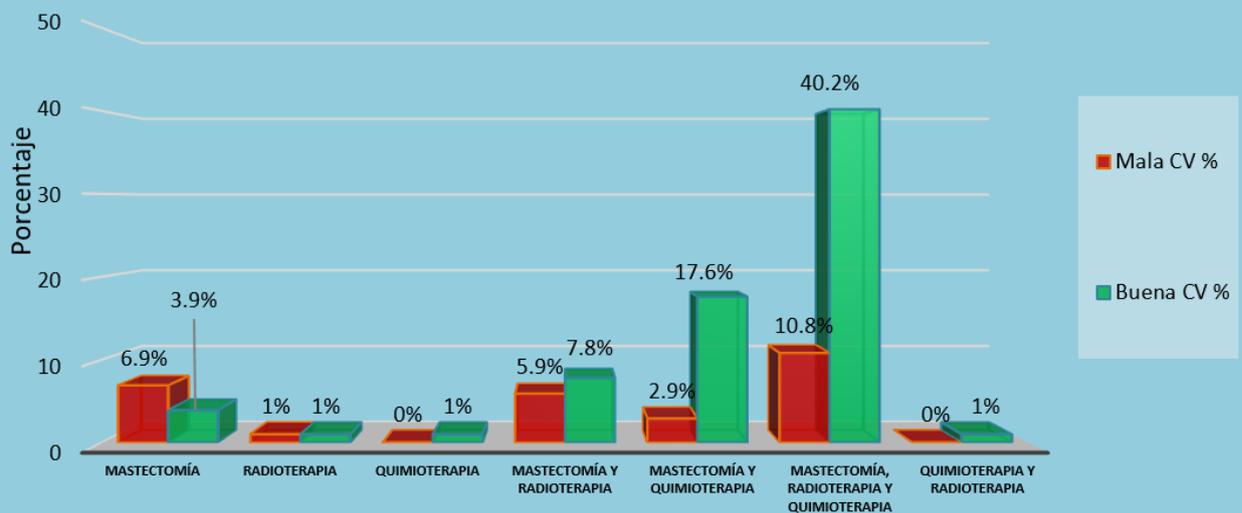
Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Tabla 14. Modalidad de tratamiento y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.

Tratamiento	Mala CV		Buena CV		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Mastectomía	7	6.9	4	3.9	11	10.8
Radioterapia	1	1.0	1	1.0	2	2.0
Quimioterapia	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Mastectomía y Radioterapia	6	5.9	8	7.8	14	13.6
Mastectomía y Quimioterapia	3	2.9	18	17.6	21	20.6
Mastectomía, Radioterapia y Quimioterapia	11	10.8	41	40.2	52	51.0
Quimioterapia y Radioterapia	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Total	28	27.5	74	72.5	102	100

Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

Gráfico 14. Modalidad de tratamiento y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, IMSS.



Fuente: García-Rivero. G, Espinoza-Anrubio. G, Vilchis-Chaparro. E, Millán-Hernández. M, Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del H.G.Z./U.M.F. No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

DISCUSIÓN.

Dentro del estudio realizado por Al Naggar R.A., et al, “Study of Quality of Life and Characteristic Factors in Women With Breast cancer Undergoing Different Types of Theraphy” en Selangor Malaysia (2016), se menciona que la edad media fue de 49.6 años \pm 8.2, en contraste con nuestro estudio que fue de 58.9 años, estos resultados no son comparativos quizás debido a la genética de nuestra población, a la zona geográfica y grupo poblacional al que se realizó el estudio. De igual modo reportan que 60.3% de sus pacientes se encontraban empleadas en contraste con nuestro estudio que reporto 7.8% se encontraban empleadas al momento del estudio, quizás las características socio-demográficas de las dos poblaciones no sean del todo equiparables ya que el contexto económico, cultural y social entre ambas no lo permita ³³.

En un estudio realizado por Yan B., et al, “Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shangai, China, (2016), en el que se encontró que, de acuerdo al estado civil 90.5% de su muestra se encontraba casada; mientras que en nuestro estudio se encontró para este mismo rubro que un 52% cumplía con esta característica, la diferencia entre estudios, así como su contexto sociocultural y el lugar donde se realizó el estudio, no permiten hacer una comparación, quizá debida entre otros problemas a que la información de su estudio fue obtenida de una base de datos lo que provoca que no fuera posible, tener disponible más información sociodemográfica, por ejemplo para determinar la tipología familiar predominante en esta población, lo que dificulta la similitud, además de que la toma de frecuencias y porcentajes que reportan son muy distintos a pesar de la utilización del mismo instrumento y aunque no podemos definir factores protectores con estas estimaciones es importante observar el contexto en el que se desenvuelve cada sociedad y así mismo como interfiere en ciertos determinantes en salud. ³⁴.

Vilanova A. A, et al mostraron en su estudio “Repercussions of Therapy for Breast Cancer on Woman’s Quality of Life”, Teresina, Brasil (2016), en el cual ellos reportan que 34.7% tenían la primaria incompleta, para nuestro estudio concluyeron la primaria 25.5%, probablemente el gran grupo de población con bajo nivel sociocultural se debe a las políticas educativas intrínsecas de la población brasileña que como bien sabemos es un país en vías de desarrollo como el nuestro, en donde la desigualdad escolar es un determinante característico, aun y cuando ambos países se encuentran en crecimiento no se puede realizar un análisis minucioso, eso sin mencionar las diferencias significativas entre diseños, las diferencias educativas por si mismas están íntimamente ligadas a factores socioculturales de cada país, por lo cual es difícil hacer comparaciones bajo este rubro y más aún determinar su impacto en estudios como el nuestro ³⁵

Por otro lado Santos de Sousa C.N., et al, en el estudio “Sociodemographic Characteristics Related to Resistance to Breast Cancer Screening”, Natal, Brasil (2016), encontraron relación entre el grado de escolaridad y la alta calidad de vida, ya que 35.2% de su muestra mostraban buena calidad de vida, por nuestra parte los resultados obtenidos muestran que las pacientes con mejor calidad de vida fueron quienes tenían altos grados de estudio, ya que hallamos que el 22.5% de nuestra muestra presentaba licenciatura y una alta calidad de vida. Sin embargo a pesar de las similitudes no podríamos afirmar que únicamente el nivel escolar proporcione un efecto protector por si solo ya que como sabemos los determinantes en salud, condicionan que las pacientes presenten mejor o peor calidad de vida, es decir que es un estado multifactorial, que se debe tanto a aspectos personales como sociales, de esta forma aun y cuando podríamos referirnos a un factor de protección de las pacientes, necesitaríamos hacer una evaluación más minuciosa para determinar realmente el alcance de estas situaciones en particular, aun y cuando ambos estudios son transversales descriptivos la metodología de ambos es distinta y por tanto un punto más para definir su poca similitud ³⁶.

En el estudio “Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer” realizado por Hamer J. et al, Berlín (2016) , Demostró que las pacientes menores de 50 años, con Cáncer de mama en etapas tempranas mostraban una menor calidad de vida así como depresión en comparación con otros grupos de su cohorte, en nuestro estudio por su parte encontramos que el grupo con mejor calidad de vida fue el de 50-60 años con un 24.5% y el grupo de menos de 50 años apenas alcanzaba el 3.1%, esto demuestra que a pesar de poder aplicar este instrumento a toda población en riesgo, los factores externos e internos de las pacientes pueden tener una relevancia mayor en la determinación de la calidad de vida, si bien el punto de comparación entre estudios es imposible es importante resaltar que la población alemana tiene una tendencia en cuanto a su población más joven a emigrar a las grandes ciudades, esto sin duda no es lo que sucede en nuestro contexto social ya que nuestra población tiene la tendencia de acompañar a los pacientes de mayor edad en sus procesos de salud enfermedad, generando un mayor nivel de calidad de vida, quizás las diferencias entre ambas poblaciones sean la explicación a tan inédito resultado, sin embargo aun de esta forma solo es un punto a considerar por la poca interrelación de ambos estudios. ³⁷.

En el estudio conducido por Jarvandi S. et al “Pre-Existing Diabetes in Early Stage Breast Cancer Patients is Associated with lack of Improvement in Quality of Life 2 Years After Diagnosis” USA, (2016), encontraron en su análisis estadístico que las pacientes sin diabetes y con cáncer de mama encuestadas por ellos tenían un alto nivel de calidad de vida, por nuestra parte aunque no es comparable por la metodología aplicada a su estudio, podemos observar que en el grupo sin diabetes el nivel de calidad de vida fue similar a lo que se halló en el nuestro, ya que de forma global encontramos que dos tercios de nuestras pacientes presentaron buena calidad de vida, quizás las diferencias encontradas en su estudio se relacionen a las complicaciones que provocan las comorbilidades bajo las cuales se estudió esta población, sin embargo es difícil determinar esto en nuestro estudio ya que se tomó por igual a pacientes con otras comorbilidades, probablemente los síntomas observados en nuestros estudios estén sesgados, sin embargo sería importante realizar más estudios, con poblaciones mejor definidas bajo un planteamiento de problemas específicos en cuanto a la investigación a realizar, probablemente existan otros determinantes incluidos dentro del estudio los cuales condicionen este tipo de resultados, sin embargo la selección más estricta y la adecuada metodología ayudaran a dilucidar con el tiempo las mejores formas de intervención con resultados más confiables ³⁸.

Dentro del estudio “Quality of life and symptom burden in patient with breast cancer treated with mastectomy and lumpectomy” Toronto, (2016), Chow R. et al, encontraron que las pacientes que recibieron mastectomía como tratamiento en cáncer metastásico, habían tenido bajos puntajes en calidad de vida, en comparación con su segundo grupo en quienes se realizó linfadenectomía, por nuestra parte, se encontró que más de la mitad contaba con mala calidad de vida relacionado con mastectomía como tratamiento, con lo anterior podemos quizás mencionar una relación entre la baja calidad de vida que mostraron al realizarse este procedimiento, ya que genera un mayor estrés en las pacientes, quienes ya manifiestan efectos secundarios del tratamiento, sin embargo las diferencias entre estudios no pueden ser del todo traslapadas, ya que tanto la metodología que se realizó así como una revisión de afectación por puntajes en la subescala del instrumento determinaron mayor afectación en las pacientes, aun y cuando los resultados de los estudios parecen establecer relación causal, es importante tomar en consideración que no sólo el aspecto físico determina la calidad de vida, por lo cual se debe ser cuidadoso al intentar comparar resultados aun y cuando ambos estudios hayan sido realizados con el mismo instrumento³⁹.

Zamanian H., Et al reportaron en su estudio, "Religious Coping and Quality of Life in Women with Breast Cancer" Tehrán, Iran (2015), encontraron que 25%, de las pacientes usaban la religión como estrategia positiva para afrontar la enfermedad. Dentro del análisis bivariado realizado por nuestra cuenta, encontramos que 65.7% con religión católica, presentaban una alta calidad de vida, las diferencias entre ambos estudios resultan importantes para dilucidar la importancia de la religión como factor protector en las pacientes que presentan cáncer de mama, en primer lugar debido a que en este país la mayoría de la población es musulmana-chiita; no está por demás mencionar que por sí misma esta determina variaciones en la calidad de vida de las pacientes, en gran parte generado por la preservación de sus costumbres, en comparación con esta, nuestro país cuenta con una gran liberalización, y bien si esto no interfiere en la atención oportuna de nuestras pacientes, si en la forma en como los condicionantes salud enfermedad podrían generar sesgos de interpretación, por nuestra parte podría quizá relacionarse a nuestra religión como un factor protector, sin embargo debido a la metodología se reserva este tipo de observaciones a estudios con mayor complejidad metodológica y estadística⁴⁰.

Dentro del estudio publicado por Aizer A.A. et al, "Marital status and survival in patients with cancer" USA, (2013), destacan el impacto que el apoyo social (matrimonio) presenta en las pacientes, pudiendo tener un efecto benéfico en el tratamiento, detección y supervivencia de los pacientes con cáncer. Aun y cuando ambos estudios no son comparables se pone en perspectiva lo hallado en nuestro estudio en el cual las pacientes casadas, mostraron un alta calidad de vida 35.8% relacionada con el matrimonio, mientras que las que tuvieron mala calidad fueron 15.7%, estas diferencias quizás demuestren que existe un factor protector entre mayores redes de apoyo presente la paciente, sin embargo debido a la heterogeneidad de nuestro propio grupo no se podría llegar a conclusiones sin pensar en algún tipo de error de análisis, por otro lado es imprescindible saber que el estudio antes citado se tomó a pacientes con diversos tipos de cáncer lo cual por sí mismo provocaría que, no se pueda hacer una comparación real entre estudios, quizá realizando estudios con la finalidad de identificar factores agregados o variables confusoras se pueda llegar a determinar realmente el grado en que el matrimonio sea una situación protectora en las pacientes⁴¹.

En el estudio realizado por Kyei, K.A. et al, “Assesment on the Quality of Life of Breast Cancer Patients Undergoing Radiation Treatment in Ghana” Ghana, África (2014), que su estudio mostro que el 90% de su muestra presentaba una adecuada calidad de vida, para nuestro estudio 72.5% presentaban buena calidad de vida, sin embargo ambos estudios no son comparables del todo debido al diseño que se realizó ya que se considera primordialmente a las pacientes que fueron sometidas a radiación como objeto de estudio mientras que por nuestra parte se tomó a una población heterogénea con diversas modalidades de tratamiento, aun y cuando aparentan similitudes, 60% de su muestra recibió un triple tratamiento, una similitud importante fue que se trataba de un estudio transversal descriptivo, y su población fue similar a la nuestra, quizás determinadas circunstancias socioculturales aplicables a ambos países puedan ser comparables, ya que ambos países se encuentran en vías de desarrollo, sin embargo aun y cuando las condicionantes socioculturales impidan un adecuado análisis y comparación es importante tomar en cuenta la variabilidad genética y otras circunstancias que combinadas representan la calidad de vida, en resumidas cuentas aun y cuando parecerían ser similares cabria a bien hacer estudios con metodologías similares, poblaciones similares y partir de ellas, poder determinar las condicionantes de la salud de esta población ⁴².

Por ultimo Haddou R. et al en su Revisión sistemática “Quality of life in Arab Woman With Breast, Cancer: A review of the literatura” Kenitra, Morocco (2016), muestra que los resultados de su análisis en varios estudios mostraba que a mayor edad la calidad de vida empeoraba y a menor edad presentaban mejor calidad de vida, esto coincide parcialmente con nuestros resultados sin embargo aun y cuando no es comparable debido a que no dan una estimación específica del impacto de la calidad de vida, puede servir como análisis observacional proveyéndonos de múltiples conclusiones, si bien es cierto que la selección de artículos en un meta-análisis debe seguir una metodología, un punto importante es que esta misma selección tomando en cuenta distintos instrumentos, variabilidad entre poblaciones y situaciones socioculturales, no permiten una adecuada interpretación ,ya que por lo menos la calidad de vida tiene como fundamento ser un concepto con múltiples influencias socioculturales y económicas lo que por sí mismo, impide realizar un análisis satisfactorio. Sin embargo, existe una tendencia con respecto a nuestro estudio ya que el grupo de menor edad mostro que tenía mejor calidad de vida en comparación con pacientes de mayor edad, estas similitudes son poco equiparables, sin embargo permiten tener una visión de la importancia de la calidad de vida y su variación en distintos grupos etarios, se requiere realizar estudios con un enfoque similar buscando la determinación real de los factores involucrados.⁴³

Nuestros alcances están determinados por la utilidad mostrada por este tipo de estudios, cada vez más se interesa la comunidad científica, de la inclusión de los pacientes bajo normas aceptables del código ético, propiciando el crecimiento del conocimiento científico, sirviendo instrumentos como el utilizado en el presente estudio, en el seguimiento y progresión de la etapa terapéutica de los pacientes, pudiendo realizar cambios a nivel institucional y a nivel mundial del nuevo enfoque (preventivo) que se busca con una de las enfermedades con mayor mortalidad en nuestro país.

Las limitaciones de nuestro estudio están dadas por el tipo de diseños utilizados, y la poca homogeneidad de los estudios realizados, aun aplicándose el mismo instrumento, nuestro grupo de igual forma impide la comparación ya que contamos dentro del mismo con pacientes que se encuentran en diversas etapas de tratamiento algunas en la parte inicial del mismo y otras a punto de concluir el mismo, y debido a que la misma calidad de vida varía cada 6 semanas, como ha sido demostrado en muchos estudios la calidad de vida está definida por múltiples factores alrededor del mismo paciente, desde las implicaciones físicas hasta las implicaciones sociales y la situación en que se encuentre el mismo al realizar la encuesta.

Se intentó minimizar al máximo posible los sesgos, realizando para lo mismo una selección cuidadosa de los estudios más recientes, obtenidos de las principales bases de datos científicas, utilizando para la selección de los mismos, utilización de boléanos, como palabras claves de selección. Nuestra selección de muestra se calculó probabilísticamente en base a prevalencia, incluyendo a pacientes excedentes de la misma, realizando criterios de exclusión de aquellos que se encontraban fuera de las características de la población. Los de medición fueron atenuados con la selección cuidadosa del instrumento de aplicación, ya que el mismo tiene una buena confiabilidad y consistencias internas, adecuada al tipo de estudio que se quería realizar. Nuestro análisis se realizó con una búsqueda de estudios con similar metodología e instrumento de aplicación, sin embargo, en muchos se realizaba comparación de grupos, siguiendo cohortes y casos controles lo que dificultó el análisis estadístico de nuestro estudio.

En cuanto al rubro asistencial la aplicación de la prueba dentro del consultorio, si bien no tiene un impacto en la selección de tratamiento en los pacientes, ayudaría como método de vigilancia de los efectos adversos que podría presentar esta población en riesgo. Identificando con antelación problemas como depresión o incluso toxicidad, fomentando una participación interdisciplinaria en conjunto con los servicios de oncología, lo cual apoyaría nuestra labor médica.

En tanto que en el aspecto educativo, nuestros resultados mostraron una gran discordancia entre el número de pacientes que fueron referidas en un tiempo oportuno a los servicios de oncología, ya que la mayoría fue enviada en un estadio avanzado, el hecho fundamental sería ampliar la experiencia de los médicos familiares con la finalidad de referir oportunamente a nuestra población, de esta manera optar por generar mayores cursos de interpretación de ultrasonidos y mastografías, así como detectar oportunamente a pacientes con factores de riesgo. Es imprescindible que se amplié nuestra preparación en este rubro ya que generaríamos un adecuado impacto en esta patología al invertir en la educación de nuestros médicos, de igual modo instruyendo y enseñando a nuestras pacientes como tener una rehabilitación adecuada instruyendo sobre cuidados generales después de los procedimientos quirúrgicos, así como medidas que ayuden a disminuir el estrés de la paciente.

Dentro de la parte de investigación sería trascendente realizar estudios más complejos incluyendo casos y controles, cohortes y pudiendo determinar factores protectores y factores de riesgo no identificados con anterioridad. Estos factores de riesgo podrían generar con el tiempo la creación de instrumentos rápidos o score's que identifiquen de forma oportuna a poblaciones en riesgo, de esta manera identificando poblaciones vulnerables, lo cual podría provocar una adecuada intervención en el primer nivel de atención, generando una reducción cuantitativa en los casos y sus secuelas, así como una reducción en la morbi-mortalidad de nuestras pacientes.

Finalmente en el enfoque administrativo podemos concluir que la prestación de servicios oportuna generaría un menor costo y mayor calidad dentro de nuestro sistema de salud, optimizando adecuadamente los recursos disponibles, a través de procesos de selección más adecuados, basados en la información obtenida de estudios como este. Fomentando así políticas administrativas que ayuden a la obtención de conocimientos y proveyendo de estos a nuestra población, a través de la prevención y educación. Consecuentemente atenuando la sobrecarga institucional en los segundos y terceros niveles de atención. Otro aspecto fundamental es la generación de información relevante para la toma de decisiones, ya que de esta forma el constructo de conocimientos estará cimentado en la investigación de todos los niveles de atención, llegando así a la prima máxima que es preservar la salud de nuestras pacientes.

CONCLUSIONES.

Se logró concluir en nuestro estudio que tres cuartas partes de la población muestra contaban con una buena calidad de vida, relacionada en gran medida a factores como edad, escolaridad y estado civil, dentro de las hipótesis que planteamos, logramos determinar que nuestra hipótesis alterna fue descartada completamente, en contraste con el alto nivel de calidad de vida que presentaron, similar a lo que el estudio mostro a nivel internacional.

La propuesta para continuar con la investigación debe incluir puntos como mayor población, realizar pruebas estadísticas adecuadas a la población y tipo de estudio a realizar, homogeneizando grupo para contraste de resultados, queda como incógnita la determinación de factores protectores o factores de riesgo no identificados, así como contemplar que impacto podríamos ocasionar, en los pacientes con la mejora de estos o su prevención, así fomentando una medicina más sostenible.

Encontramos una relación importante en cuanto a la etapa de diagnóstico de las pacientes, ya que un gran porcentaje presentaba una etapa avanzada al momento de diagnóstico y envío a tercer nivel, esto identifica problemas en cuanto al nivel de prevención que proporcionamos, así mismo el encarecimiento de las repercusiones de tratamiento en nuestros servicios de oncología.

Probablemente existe una fuerte asociación entre la mayoría de edad y la relación con la mala calidad de vida que presentan las pacientes, así mismo es importante que concienticemos al primer nivel de atención de su labor y detección oportuna, afrontando de esta manera de una forma más efectiva a esta patología tan prevalente en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer. 2012; 1-33.
2. Yersal O., Barutca S. Biological Subtypes of Breast Cancer: Prognostic and Therapeutic implications, *World J Clin Oncol* 2014; 10, 5 (3): 412-424.
3. Secretaria de salud, Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención, México. 2009.
4. Ali, E.M. Ahmed, A.R.H, Ali, A.M.A, Correlation of Breast Cancer Subtypes Based on ER, PR and HER-2 Expression With Axillary Lymph Node Status, *Cancer and Oncology Reserch* 2014; 2 (4):51-57
5. Lakhani S., Ellis I, Schnitt S, et al, WHO classification of Tumours of the Breast, 4th Ed. Lyon, IARC Press: 2012.
6. Vich P., Brusint B., Alvarez-Hernandez C.,et al, Actualización del cáncer de Mama en Atención Primaria (I/V), *Semergen*. 2014; 40(6): 326-333.
7. Sosa D.E.E., García R.F.M. Panorama epidemiológico del cáncer en México, *Rev Mex Anestesiología* 2013; (36), Supl 1: 130-132.
8. Secretaria de salud, Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Dirección General de Epidemiología, México, 2011; 1-197.
9. Secretaria de salud, Boletín epidemiológico, "México: Numeralia de Cáncer de Mama", Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2013; (30), Semana 26: 1-5.
10. Espinoza L.F., Ramiro H.M., Acerca del cáncer de mama y la mamografía, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 52 (6): 604-605.
11. Gutiérrez J.P, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012; 13-180.
12. Project GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer (WHO). url: <http://globocan.iarc.fr>
13. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, 09/06/2011.
14. Brusint B., Vich P., Hernandez C.A., et al, Actualización del cáncer de Mama en Atención Primaria (II/V), *Semergen*. 2014; 40 (7): 381-391.
15. Hernández C.A, Pérez P.V, Rouco C.C, et al, Actualización del cáncer de mama, en atención primaria (III/V), *Semergen* 2014; 40 (8):460-472.
16. Aibar L, Santalla A, López-Cribado M.S. et al, Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Clin Invest Ginecol Obstet*, 2001; 38:141-149.
17. Radiology Asisstant.nl, [Actualizado Octubre 2014; Citado 27 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.radiologyassistant.nl/en/p53b4082c92130/bi-rads-for-mammography-and-ultrasound-2013.html>

18. Liedtke C, Thill M, Hanf V, et al, AGO Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Patients with Early Breast Cancer: Uptodate 2014, *Breast Care* 2014; 9: 189-200.
19. Loftus L.S, Edwards-Bennett S, Sokol G.H, Systemic therapy for bone metastases *Cancer control*, 2012; 19:145-153.
20. Campbell A., Converse P. E, Rogers W.L., *The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfactions*, New York: Russell Sage Foundation. 1976; 400-530.
21. Urzua M.A., Caqueo U.A., *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*, *Terapia Psicológica*. 2012; 30 (1): 61-71.
22. Lawton, M.P. *Quality of Life in Chronic Illness*, *Gerontology* 1999; 45: 181-183.
23. WHO, The World Health Organization, Division of mental health and prevent of substance abuse, WHOQOL, *Measuring Quality of Life*. 1997; 1-12.
24. Martín O.J.D., Sánchez P.M.J., Sierra J.C., *Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: Una revisión*, *Revista colombiana de Psicología*. 2005; (14): 34-45.
25. Belmonte R., Garin O, Segura Marcel Et al, *Validación de la versión española del Functional Assessment of Cancer Therapy Questionnaire for Breast Cancer versión 4 (FACT B-4)* *Med Clin (Barc)*, 2011; 137 (15): 685-688
26. Espinoza I., et al. *Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BEF), en adultos mayores chilenos*, *Rev Med Chile*. 2011; (139): 579-586.
27. Winer E. *Quality of life research in patients with breast cancer*. *Cancer* 1994; 74 (1 suppl): 410-5.
28. Marín K.C.L. et al., *Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama*, Pereira, Colombia. *Investigaciones andinas*. 2010; 27(15): 811-823.
29. Groenvold M. *Health related quality of life in early breast cancer*, *Dan Med Bull* 2010; (57): 1-58.
30. Yuste, M.J. et al, *Health related quality of life improvement in breast cancer patients: secondary outcome from a simple blinded, randomized clinical trial*, *The breast* 2015; 24: 75-81.
31. Irrazabal M.E, Rodriguez P.F, Fasce G, et al, *Calidad de vida en cáncer de mama, validación del cuestionario BR23 en Chile*, *Rev Med Chile*, 2013; 141: 723-734.
32. FACTIT.ORG, [Actualizado Enero 2010; Citado 24 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.facit.org>.
33. Al Naggat R.A. et al, "Study of Quality of Life and Characteristic Factors in Women with Breast Cancer undergoing different types of therapy", *J App Pharm Sci*, 2016; 6, (09):147-152.
34. Yan B., et al, "Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai", *PLoS ONE*, 2016; 11 (4): 1-14.
35. Vilanova A. A, et al "Repercussions of Therapy for Breast Cancer on Woman's Quality of Life", *International Archives Of Medicine Section: Oncology*, 2016; 9 (100): 1-7.
36. Santos de Sousa C.N., et al, *Sociodemographic Characteristics Related to Resistance to Breast Cancer Screening*, 2016; (6):911-920.

37. Hamer J. et al, Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer, *Support Care Cancer*, 2016: 1-14.
38. Jarvandi S. et al, Pre-Existing Diabetes in Early Stage Breast Cancer Patients is Associated with lack of Improvement in Quality of Life 2 Years After Diagnosis, *Int J. Behav. Med*, 2016; 23: 722-729.
39. Chow R. et al, Quality of life and symptom burden in patient with breast cancer treated with mastectomy and lumpectomy, *Support Care Cancer*, 2016; 24: 2191-2199.
40. Zamanian H., Et al, "Religious Coping and Quality of Life in Women with Breast Cancer", *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015; 16 (17):7721-7725.
41. Aizer A.A. et al, Marital status and survival in patients with cancer, *J. Clin Oncol*, 2013; (31):1-8.
42. Kyei, K.A. et al, Assessment on the Quality of Life of Breast Cancer Patients Undergoing Radiation Treatment, *World J. Psychosoc Oncol*, 2014; (3): 13-19.
43. Haddou R. et al, Quality of life in Arab Woman With Breast, Cancer: A Review of the Literature, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2016; 64: 1-14.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del HGZ/UMF 8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, de Marzo del 2015 a Febrero del 2018
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La calidad de vida nos permite tener una apreciación del entorno global del paciente, que se encuentra sometido a algún tipo de enfermedad, pues altera de forma importante, las distintas dimensiones personales, esto determinado en primer lugar por el tratamiento y en segundo por la etapa diagnóstica en que se encuentren las pacientes.
Procedimientos:	Se aplicará el FACT-B en pacientes con mastografía clasificada mayor a BIRADS 3, en el H.G.Z./U.M.F. No 8
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su nivel de calidad de vida con respecto a su tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx CCEIS H.G.Z./U.M.F. No. 8 Teléfono: 55506422 ext 28235 Fax 56162789. Matricula 99374232.

Colaboradores: Dr. Eduardo Vilchis Chaparroeduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 ext 28235 Fax 56162789. Prof Titular MF H.G.Z./U.M.F. No. 8 Matricula 99377278

Dr. Manuel Millán Hernández. Teléfono: 55506422 ext 28235 Fax 56162789 Correo: drmanuelmillan@gmail.com Matricula 98374576.

Dr. Genaro García Rivero. Correo: unamset@gmail.com. Teléfono: 55506422 ext 28235 Fax 56162789. Residente MF

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DE LA CIUDAD DE MEXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL H.G.Z./U.M.F. NÚMERO 8.
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2015-2016

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS					X	X						
PROPOSITOS							X	X				
DISEÑO METODOLOGICO									X	X		
ANALISIS ESTADISTICO											X	X
CONSIDERACIONES ETICAS												
RECURSOS											X	X
BIBLIOGRAFIA											X	X
ASPECTOS GENERALES												
ACEPTACION												

2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X	X	X									
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X	X							
RECOLECCION DE DATOS						X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

Nivel de calidad de vida, en pacientes con cáncer de mama del HGZ/UMF

8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Nombre: _____ NSS: _____ Turno: _____

Edad: _____ años cumplidos.	Edad: 1) 30-40 2) 41-50 3) 51-60 4) 61-70 5) 71-80	Sexo: 1) Femenino 2) Masculino
Ocupación: 1) Empleado 2) Desempleado.	Estado civil: 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Viudo 5) Unión libre	Religión: 1) Católica 2) Testigos de Jehová. 3) Judaica 4) Mormona 5) Islámica 6) Evangélica 7) Otras.
Estadio de BI-RADS: 1) 3 2) 4A 3) 4B 4) 4C 5) 5 6) 6	Tratamiento: 1) Quirúrgico (Mastectomía) 2) Radioterapia 3) Quimioterapia 4) Mastectomía más radioterapia 5) Mastectomía más quimioterapia 6) Mastectomía, radioterapia y quimioterapia. 7) Quimioterapia y radioterapia	Escolaridad: 1) primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria o bachillerato 4) licenciatura 5) Analfabeto

CUESTIONARIO FACT-B (versión 4)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD						
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas.	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enferma	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostada	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL						
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercana mis amistades	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano a mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla y continúe con la siguiente sección.</i>	<input type="checkbox"/>				
GS7	Estoy satisfecha con mi vida sexual	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO EMOCIONAL						
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecha de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nerviosa	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL						
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecha con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

OTRAS PREOCUPACIONES						
		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
B1	Me ha faltado el aire para respirar	0	1	2	3	4
B2	Estoy preocupada con la manera de vestirme	0	1	2	3	4
B3	Tengo el brazo o los brazos hinchados o doloridos	0	1	2	3	4
B4	Me siento físicamente atractiva	0	1	2	3	4
B5	Me molesta la pérdida de cabello	0	1	2	3	4
B6	Me preocupa que, algún día, otros miembros de mi familia puedan padecer de la misma enfermedad	0	1	2	3	4
B7	Me preocupan las consecuencias del estrés (la tensión) en mi enfermedad	0	1	2	3	4
B8	Me molestan los cambios de peso	0	1	2	3	4
B9	Me sigo sintiendo una mujer	0	1	2	3	4
P2	Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4